Université de Montréal

Obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe : perspectives des professionnel.le.s les accompagnant à travers le système de santé québécois

Par
Loriane Roy-Beaudette

Département de sociologie, Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.sc.) en sociologie

Novembre 2025

© Loriane Roy-Beaudette, 2025

Université de Montréal
Unité académique : département de sociologie, Faculté des arts et des sciences

---

Ce mémoire est intitulé

Obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe : perspectives des professionnel.le.s les accompagnant à travers le système de santé québécois

Présenté par

Loriane Roy-Beaudette

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Ahmed Hamila
Président-rapporteur

Estelle Carde
Directrice de recherche

Jean-Baptiste Leclercq
Membre du jury

Résumé

Étant perçues comme déviantes par rapport aux normes entourant la sexualité et le travail, les travailleuses du sexe (TDS) sont une population stigmatisée au sein de la société. Cette stigmatisation, et la marginalisation qui en découle, exposent les TDS à de nombreuses difficultés lorsqu'il est question d'accès aux soins. Le mémoire porte ainsi sur les obstacles à l'accès aux soins des TDS au Québec. L'objectif de la recherche est, dans un premier temps, d'analyser le point de vue des professionnel.le.s qui soignent ou accompagnent les TDS au sein du système de santé, afin de comprendre la manière dont différent.e.s acteur.rice.s au sein des institutions de santé et différentes structures sociales influencent ou créent ces obstacles à l'accès aux soins. Dans un second temps, la recherche vise à identifier les stratégies mises en place par ces professionnel.le.s pour pallier les obstacles auxquels font face les TDS, ainsi qu'à recueillir leurs propositions pour améliorer l'accès aux soins des TDS. Pour ce faire, des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de professionnel.le.s de la santé et d'intervenant.e.s ou travailleur.euse.s sociaux.ales ayant de l'expérience de travail auprès des TDS.

L'analyse de ces entretiens a révélé que ces professionnel.le.s sont conscient.e.s, et parfois témoins, de la stigmatisation que peuvent vivre les TDS dans les milieux de soin. Selon eux, cette stigmatisation est une barrière importante lorsqu'il est question d'accéder à des soins. Des facteurs administratifs spécifiques au système de soins québécois, tels que le manque de flexibilité dans les moyens de communication avec les patients, dans les heures d'ouverture et dans les procédures d'obtention de rendez-vous des milieux de soins, ont également un impact négatif sur l'accessibilité des soins pour les TDS. De plus, selon plusieurs professionnel.le.s, la criminalisation du travail du sexe nuit à l'accès aux soins de cette population. L'analyse révèle également que les professionnel.le.s mettent en place diverses stratégies, comme l'adaptation de leurs heures de disponibilité, de leurs manières d'interagir et des procédures médicales pour tenter de faciliter l'expérience des TDS dans les milieux de soins, dans les limites du possible établies par les contraintes du système de santé.

Finalement, des pistes de solutions, comme des investissements accrus dans la prévention en santé et dans les services les mieux adaptés à la réalité des TDS, la décriminalisation du travail du sexe, l'offre de formations pour les professionnel.le.s de la santé et la mise en place de moyens de

communication plus flexibles au sein du système de la santé, ont été proposées par les différents professionnel.le.s interviewé.e.s. Le mémoire démontre que l'accès aux soins de santé pour les TDS au Québec est un enjeu multifactoriel influencé notamment par les acteur.rice.s au sein du système de santé, son fonctionnement et par le cadre juridique entourant le travail du sexe.

Mots-clés : Travail du sexe, accès aux soins, pratiques médicales, Québec, système de santé

Abstract

Perceived as deviant from norms surrounding sexuality and work, sex workers are a stigmatized population within society. This stigma, and the resulting marginalization, exposes sex workers to numerous difficulties when it comes to accessing care. This thesis focuses on the obstacles to accessing care for sex workers in Quebec. The objective of the research is, firstly, to analyze the point of view of professionals who treat or support sex workers within the health system, in order to understand how different actors within health institutions and different social structures influence these obstacles to accessing care. Second, the research aims to identify the strategies implemented by these professionals to overcome the barriers faced by sex workers, as well as to gather their suggestions for improving access to care for sex workers. To this end, semi-structured interviews were conducted with healthcare professionals and social workers who have experience working with sex workers.

Analysis of these interviews revealed that these professionals are aware of, and sometimes witness, the stigma that sex workers may experience in healthcare settings. According to them, this stigma is a significant barrier when it comes to accessing care. Administrative factors specific to the Quebec healthcare system, such as a lack of flexibility in patient communication methods, opening hours, and appointment scheduling procedures in healthcare settings, also have a negative impact on access to care for sex workers. Furthermore, according to several professionals, the criminalization of sex work hinders access to care for this population. The analysis also reveals that professionals are implementing various strategies, such as adapting their availability hours, their ways of interacting, and medical procedures to try to facilitate the experience of sex workers in healthcare settings, within the limits of what is possible within the constraints of the healthcare system.

Finally, potential solutions, such as increased investment in health prevention and in services best suited to the reality of sex workers, the decriminalization of sex work, the provision of training for healthcare professionals, and the implementation of more flexible means of communication within the healthcare system, were proposed by the various professionals interviewed. The thesis demonstrates that access to health care for sex workers in Quebec is a multifactorial issue

influenced in particular by the actors within the health system, its functioning and by the legal framework surrounding sex work.

Keywords : Sex work, healthcare access, medical practices, Québec, healthcare system

Table des matières

Résumé **2**
Abstract **4**
Liste des sigles et abréviations **11**
Remerciements **12**
Introduction **13**
Chapitre 1 : Revue de la littérature **14**
1.1 Le travail du sexe au Canada 15
1.1.1 Qu'est-ce que le travail du sexe ? 15
1.1.2 Qui sont les travailleuses du sexe au Canada ? 17
1.2 Enjeux de santé auxquels font face les travailleuses du sexe 18
1.2.1 Santé sexuelle 19
1.2.2 Santé physique 21
1.2.3 Santé mentale 22
1.3 L'accès aux soins de santé 23
1.3.1 Stigmatisation 23
1.3.1.1 Comprendre la stigmatisation des travailleuses du sexe 26
1.3.1.1.1 Les structures sociales qui expliquent la stigmatisation des travailleuses du sexe 26
1.3.1.1.2 Le concept de « *Dirty work* » pour expliquer la stigmatisation des travailleuses du sexe 28
1.3.1.2 Ne pas dévoiler son travail 30
1.3.1.3 La stigmatisation par les professionnel.le.s de la santé 31
1.3.1.4 Intersections pouvant influencer la stigmatisation des travailleuses du sexe en milieu médical 33
1.3.2 Criminalisation 36
1.3.2.1 Contexte canadien 36
1.3.2.2 Impact de la criminalisation partielle du travail du sexe sur l'accès aux soins 39
1.3.3 Barrières institutionnelles d'accès aux services 40
1.3.3.1 Problèmes d'accessibilité géographique 40
1.3.3.2 Coût 42
1.4 Conclusion 43
Chapitre 2 : Le cadre théorique **43**
2.1 Le cadre conceptuel de l'accès aux soins de Levesque et al. (2013) 44
2.2 Le « cadre conceptuel de la stigmatisation et de la discrimination liées à la santé » [traduction libre] de Stangl et al. (2019) 47

2.2.1 Les moteurs et les facilitateurs de la stigmatisation 47
2.2.2 Le marquage 48
2.2.3 Les manifestations de la stigmatisation 48
2.3 L'intersectionnalité 50
Chapitre 3 : La méthodologie 51
3.1 Question de recherche initiale et reformulation de la question de recherche 51
3.1.1 Question de recherche initiale 51
3.1.2 Terrain initial prévu 52
3.1.3 Refus de terrain et remise en question du sujet de recherche 53
3.1.4 Questions de recherche 54
3.2 Posture méthodologique 55
3.3 Méthode de collecte de donnée choisie 56
3.4 Population à l'étude 57
3.5 Recrutement 58
3.6 Déroulement des entretiens 59
3.7 La méthode d'analyse des données 60
3.8 Limite et force de la recherche 61
3.9 Portrait des participant.e.s 61
3.9.1 Professionnel.le.s de la santé 62
3.9.2 Intervenantes sociales 64
Chapitre 4 : La présentation et l'analyse des résultats 65
4.1 Portrait de la santé des travailleuses du sexe 65
4.1.1 Santé sexuelle 66
4.1.2 Santé physique 68
4.1.3 Santé mentale 70
4.1.3.1 Les risques de traumatismes et de détachement des émotions 70
4.1.3.2 Les problèmes de dépendance 72
4.1.3.3 Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux 72
4.2 Les barrières à l'accès aux soins 73
4.2.1 L'inadéquation entre différents aspects du système de santé québécois et la réalité des travailleuses du sexe 73
4.2.1.1 Difficultés avec la prise de rendez-vous et les suivis médicaux 74
4.2.1.1.1 La capacité des travailleuses du sexe à atteindre les services 74
Les horaires de travail atypique des travailleuses du sexe : 74
Les déplacements des travailleuses du sexe : 75
Les difficultés avec les suivis liées à la précarité pour les travailleuses du sexe de rue : 76
4.2.1.1.2 La disponibilité et les accommodements des services aux caractéristiques de la population 77

4.2.1.1.2.1 Les moyens de communication pour la prise de rendez-vous et les suivis médicaux 77
4.2.1.1.2.2 Les difficultés de suivis médicaux dues à la fermeture rapide des dossiers et à l'incapacité du système de répondre à la demande 78

4.2.1.1.3 Résumé des difficultés avec la prise de rendez-vous et avec les suivis médicaux 80

4.2.1.2 L'inadéquation entre l'offre de service et les besoins travailleuses du sexe qui nuit à la prévention en santé 80

4.2.1.2.1 L'offre de service limitée liée au manque de ressources de premières lignes et au manque de services spécialisés 81

4.2.1.2.1.1 La disponibilité et les accommodements des services aux caractéristiques de la population.....81
L'offre de rendez-vous limitée dans les cliniques de santé sexuelle 81
4.2.1.2.1.2 Le manque de ressources spécialisées pour les travailleuses du sexe : facteur lié à la dimension de la disponibilité et à la dimension de l'acceptabilité des services de Levesque et al. (2013) 83

4.2.1.2.1.2.1 La facilité d'approche des services spécialisés 85

4.2.1.2.1.3 Conclusion sur l'accès aux ressources de première ligne et aux services spécialisés.....86

4.2.1.2.2 La capacité des travailleuses du sexe précarisée à s'engager et à s'impliquer dans un traitement et la pertinence des services offerts 86

4.2.1.2.2.1 L'évitement des soins, un facteur lié à la dimension de l'acceptabilité des services 88

4.2.1.2.3 Les effets du manque de prévention 90

4.2.1.2.3.1 Un accès diminué à des soins complets et à un suivi approfondi dans les ressources de première ligne 90
4.2.1.2.3.2 Les travailleuses du sexe qui se retrouvent à l'urgence.....91
4.2.1.2.3.2.1 Le risque de stigmatisation accru à l'urgence : facteur influençant la dimension de la pertinence des services.....93

4.2.1.3 Le manque d'adaptation aux besoins des travailleuses du sexe : un autre facteur influençant la dimension de la pertinence des services 94

4.2.1.3.1 Le besoin de flexibilité 95

4.2.1.3.1.1 Pouvoir être soignée par une femme 95
4.2.1.3.1.2 Le besoin de souplesse dans les soins et dans les annulations et reprise de rendez-vous 96

4.2.1.3.2 Les professionnel.le.s qui laissent leurs émotions ou leurs préjugés teinter leurs soins ou leurs interventions 97

4.2.1.3.2.1 Ne pas prendre en considération ce qui est mieux pour la travailleuse du sexe 97

4.2.1.3.2.2 Méfiance envers la réduction des méfaits auprès des travailleuses du sexe consommatrices de drogues.....98

4.2.1.3.3 Mettre trop d'emphase sur le travail du sexe au détriment d'un portrait de santé plus global 99

4.2.1.3.4 Conclusion sur l'incapacité des services de santé à répondre aux besoins des travailleuses du sexe 100

4.2.2 La stigmatisation en milieu de soins 100

4.2.2.1 Les commentaires des professionnel.le.s de la santé qui font paraître leurs préjugés 101

4.2.2.2 Les stéréotypes comme moteurs de la stigmatisation 102

4.2.2.3 Les facilitateurs des préjugés et de la stigmatisation perpétués par les professionnel.le.s de la santé 105

4.2.2.3.1 Le manque de connaissance sur le travail du sexe 105

4.2.2.3.2 Les différences dans les formations des infirmier.ère.s 106

4.2.2.4 Les exemples de stigmatisation rapportés par les participant.e.s 108

4.2.2.4.1 La stigmatisation dans les interactions avec les professionnel.le.s de la santé 108

4.2.2.4.1.1 Les effets des expériences de stigmatisation passées et de la stigmatisation anticipée 108

4.2.2.4.1.2 La stigmatisation comme processus subtil 110

4.2.2.4.1.3 Les discriminations comme manifestions de la stigmatisation des travailleuses du sexe au sein du système de santé.....114

Les violences gynécologiques : 115

Le manque d'attention portée au bien-être global de la patiente : 116

4.2.2.4.1.4 Conséquence de la stigmatisation : les refus de soins 121

4.2.2.4.2 L'impact de la stigmatisation sur les dimensions de la pertinence des services et de la capacité à s'engager et à s'impliquer dans le processus de soin de Levesque et al. (2013) 122

4.2.2.4.3 Les barrières et les facilitateurs à l'accès aux soins liés à la révélation du travail du sexe et ceux liés à la dissimulation du travail du sexe 123

4.2.2.4.3.1Révéler le travail du sexe 123

4.2.2.4.3.1.1 Le risque de stigmatisation 123

4.2.2.4.3.1.2 La possibilité d'avoir une meilleure expérience avec un.e professionnel.le de la santé 124

4.2.2.4.3.1.3 La possibilité d'obtenir des soins plus complets 125

4.2.2.4.3.2 Dissimuler le travail du sexe et les véritables besoins.....126

4.2.3 Impact de la criminalisation sur les barrières à l'accès aux soins 127

4.2.3.1 Les effets de la non-reconnaissance du travail du sexe sur l'accès aux services non couverts par la RAMQ et aux programmes d'aide sociale. 127

4.2.3.2 La violence et son effet sur l'accès aux soins 129

4.2.3.3 L'emphase mise sur l'infraction plus que sur l'aide chez les policier.ère.s 130

4.2.4 Conclusion sur les barrières à l'accès aux soins 132

4.3 Stratégies mises en place par les professionnel.le.s de la santé pour pallier les obstacles à l'accès aux soins 132

4.3.1 Stratégies liées à la prise de rendez-vous et aux suivis médicaux 133

4.3.1.1 Stratégie en lien avec les horaires 133
4.3.1.2 Stratégies liées aux moyens de communication 133

4.3.2 Stratégies pour favoriser une bonne expérience des travailleuses du sexe dans les milieux de soins et éviter la stigmatisation 134

4.3.2.1 Stratégie pour assurer une bonne relation entre les professionnel.le.s de la santé ou les intervenant.e.s et les travailleuses du sexe 134

4.3.2.1.1Traiter les travailleuses du sexe comme des expertes 134
4.3.2.1.2 Adapter sa manière de parler 135
4.3.2.1.3 Avoir une approche consciente des traumas et aller au rythme de la travailleuse du sexe 136
4.3.2.1.4 Diminuer l'influence des stéréotypes 136

4.3.2.2 Faciliter le processus des rendez-vous 137

4.3.2.2.1 Adapter les questionnaires médicaux 137
4.3.2.2.2 Revoir le ou la même professionnel.le de la santé 139

4.3.2.3 Conclusion sur les stratégies des patients 139

4.4 Piste d'action pour améliorer l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe 139

4.4.1 La décriminalisation du travail du sexe 139

4.4.1.1 La diminution de la violence 140
4.4.1.2 L'obtention de plus de services 141

4.4.2 Investir en promotion et prévention de la santé et dans les services adaptés aux besoins fréquents des travailleuses du sexe 142
4.4.3 Offrir des formations pour les professionnel.le.s 143
4.4.4 Mettre en place des moyens de communication plus adaptés dans le système de santé 145
4.4.5 Conclusion : la nécessité d'agir sur plusieurs niveaux 145

Chapitre 5 : Conclusion 146
Bibliographie 150
Annexes 165

Annexe 1 : Guides d'entretien 165
Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement 172
Annexe 3 : Approbation éthique du CERSC 181

Liste des sigles et abréviations

CLSC : centre local de services communautaires

ITSS : infections transmises sexuellement et par le sang

PPE : prophylaxie post-exposition

PrEP : prophylaxie préexposition

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

VIH : virus de l’immunodéficience humaine

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier Estelle Carde, ma directrice de recherche, pour son soutien tout au long de cette recherche. Ton aide, tes conseils, tes encouragements, tes retours rapides et surtout ta présence constante ont rendu cette recherche possible. Merci de m'avoir donné la confiance nécessaire pour poursuivre dans les moments les plus difficiles.

Merci à tou.te.s les participant.e.s à la recherche pour le temps que vous m'avez accordé et pour la générosité de vos témoignages. Ce projet n'aurait pas été possible sans votre contribution.

Je remercie également les Études supérieures et postdoctorales pour leur soutien financier.

Enfin, un immense merci à ma famille et à mes ami.e.s pour vos encouragements et pour l'intérêt que vous avez porté à mon projet. Je remercie tout particulièrement mon partenaire, qui a su m'écouter, me soutenir et me rassurer durant cette année de rédaction qui s'est avérée remplie de défis.

Introduction

Le travail du sexe est un phénomène qui existe au moins depuis l'Antiquité gréco-romaine et dont l'acceptation sociale a varié au cours des époques (Ripa, 2016), même si, selon Chimienti (2008), les travailleuses du sexe auraient été stigmatisées à toutes les époques. La stigmatisation des travailleuses du sexe aurait en effet été exacerbée au Moyen-Âge, avec l'expansion du christianisme (Ripa, 2016). Le travail du sexe est alors évalué et jugé sous l'angle de la vertu chrétienne et les travailleuses du sexe, considérées comme des pécheresses puisque leur sexualité sort du cadre de la reproduction, sont marginalisées par l'ensemble de la société chrétienne (Ripa, 2016). Selon Dylewski et Prokop (2018), au 16e siècle, l'arrivée de la syphilis en Europe aurait également pu contribuer aux attitudes négatives envers le travail du sexe. Les travailleuses du sexe ont en effet été associées à la propagation de maladies à plusieurs époques, ce qui a contribué à leur stigmatisation (Comte, 2010 ; Hallgrímsdóttir et al., 2008). De nos jours, la criminalisation du travail du sexe aurait pour effet d'augmenter la stigmatisation des travailleuses du sexe en leur donnant une identité de personne déviante, menaçante et différente du reste de la société (Armstrong, 2018). Au Canada, bien que « [l]e fait de consentir à des rapports sexuels (entre adultes) moyennant rémunération n'a[it] jamais été illégal aux termes du Code criminel canadien » (Robertson, 2003), il existe plusieurs lois qui criminalisent les activités entourant la prostitution (Shaver, 2011). Cette criminalisation, ainsi que la stigmatisation qui en découle, peuvent nuire à l'accès aux soins de santé, notamment en favorisant l'isolement et l'exclusion sociale des femmes (Santini et al., 2020 ; Mensah, 2007). Il existerait également des barrières institutionnelles à l'accès aux soins, surtout pour les travailleuses du sexe les plus précaires (Socías et al., 2016). Les travailleuses du sexe au Canada auraient donc plus de besoins non satisfaits lorsqu'il est question de santé que le reste de la population (Benoit et al., 2019). Sachant que les Canadien.nes sont censé.e.s bénéficier d'un système de santé universel, il me semble pertinent de me pencher sur les obstacles à l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe, ce qui fait l'objet de mon mémoire. Peu d'études portent spécifiquement sur le contexte québécois, en ce qui concerne le travail du sexe et la santé. Je souhaite donc me concentrer sur ces obstacles à l'accès aux soins au Québec, afin de mieux comprendre la manière dont ils se manifestent concrètement et afin d'éventuellement proposer des pistes d'actions pour remédier à ces obstacles. Plus précisément, je m'intéresse à la perception qu'ont les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s

communautaires de ces obstacles, ainsi qu'aux stratégies qu'ils et elles mettent en place pour améliorer l'accès aux soins.

Ce mémoire est composé de cinq chapitres. Le premier chapitre présente une revue de la littérature divisée en plusieurs sections abordant différents sujets liés à l'objet d'étude de ce mémoire. La première section porte sur travail du sexe au Canada. La deuxième présente les enjeux de santé auxquels font face les travailleuses du sexe. La troisième porte sur l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe et aborde les enjeux de la stigmatisation, de la criminalisation et des barrières institutionnelles d'accès aux services. Le deuxième chapitre du mémoire porte sur le cadre théorique de la recherche et permet de présenter les cadres conceptuels et les théories mobilisés pour concevoir les questions de recherche et analyser les données recueillies. Le troisième chapitre concerne la méthodologie et permet de décrire le processus ayant mené aux questions de recherche ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse de donnée. Le quatrième chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats. Ce chapitre décrit la vision des professionnel.le.s de la santé et des intervenant.e.s sociaux.ales sur la santé des travailleuses du sexe, les barrières à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe au Québec, les stratégies qu'ils et elles mettent en place pour pallier les obstacles à l'accès aux soins et les pistes d'action envisageables pour favoriser l'accès aux soins chez les travailleuses du sexe. Finalement, le dernier chapitre est le chapitre de conclusion qui résume les résultats de la recherche et présente ses limites.

Chapitre 1 : Revue de la littérature

Le chapitre suivant présente une revue de la littérature sur les enjeux d'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe dans les pays occidentaux. Comme peu d'études sur l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe au Québec ont été effectuées, j'inclus dans ma revue de la littérature des textes qui portent sur des contextes autres que les contextes québécois et canadien. Tout d'abord, je présenterai un portrait du travail du sexe au Canada. Ensuite, il sera question des enjeux de santé auxquels font souvent face les travailleuses du sexe. Puis, je me pencherai sur les enjeux d'accès aux soins liés à la stigmatisation et à la criminalisation. Finalement, je me concentrerai sur les barrières institutionnelles d'accès aux services.

1.1 Le travail du sexe au Canada

Avant de se pencher précisément sur les obstacles à l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe au Canada, il semble important de dresser un portrait du travail du sexe au Canada et de la population concernée. La section suivante commencera donc par une explication de ce qu'est le travail du sexe et de la conception du travail du sexe comme un travail. Ensuite, il sera question de la population des travailleuses du sexe au Canada et des motifs qui peuvent expliquer l'orientation vers le travail du sexe.

1.1.1 Qu'est-ce que le travail du sexe ?

L'Association canadienne de santé publique (2014) définit le travail du sexe comme « l'échange consensuel de services sexuels entre adultes contre de l'argent ou des biens » (p.3). Il existe plusieurs types de travail du sexe selon les endroits où il est effectué. Certaines travailleuses du sexe travaillent à l'extérieur d'un établissement ou d'une résidence et font de la sollicitation dans des espaces publics. Cette forme de travail du sexe est appelée le travail du sexe de rue. D'autres formes de travail du sexe peuvent avoir lieu à l'intérieur d'un établissement commercial, comme un club de danse érotique, un salon de massage, une maison close ou un hôtel, ou à l'intérieur d'un domicile privé. Le travail du sexe peut faire référence au travail d'escorte, aux massages érotiques, à la danse dans des clubs érotiques, à la pornographie et au travail du sexe en ligne, par exemple les « *sexcams* » qui sont des performances sexuelles en ligne (Benoit et Shumka, 2021 ; Association canadienne de santé publique, 2014 ; Weitzer, 2022 ; Bergström, 2020). Le terme prostitution est parfois utilisé lorsqu'il est question de travail du sexe. Au Canada, prostitution est le terme utilisé dans la loi pour décrire l'échange de services sexuels en échange d'une rétribution monétaire (Association canadienne de santé publique, 2014). Les personnes qui adhèrent au mouvement pro travail du sexe choisissent souvent de ne pas employer le terme « prostitution » pour parler de travail du sexe, puisque celui-ci est souvent associé à la criminalité, à la débauche et à l'immoralité, ce qui peut renforcer la stigmatisation et la discréditation des travailleuses du sexe (Comte, 2010). Le terme « travail du sexe » ou « *sex work* » en anglais est un terme qui a été proposé par des travailleuses du sexe dans les années 1980 aux États-Unis, il est préféré par les

personnes qui adhèrent au courant pro travail du sexe puisqu'il met l'emphase sur le fait que l'échange de service sexuel contre de l'argent est une source de revenus, un véritable travail (Comte, 2010). Parler de travail du sexe plutôt que de prostitution est donc une stratégie qui permet de mettre l'emphase sur le concept de travail et qui permet de rassembler les travailleuses du sexe de tous les secteurs et types de travail du sexe (Stella et al., 2013). C'est pour ces raisons que j'ai choisi de parler de travail du sexe plutôt que de prostitution dans mon mémoire.

Les personnes qui adhèrent à une position néo-abolitionniste lorsqu'il est question de travail du sexe vont souvent refuser de voir le travail du sexe comme un travail, puisqu'elles considèrent que le travail du sexe incarne la violence des hommes sur les femmes et implique toujours une forme d'exploitation (Boulebsol, 2018). Toutefois, selon Toupin (2006), le travail du sexe, comme tout travail, est une activité dans laquelle prennent place différents rapports sociaux et rapports de pouvoir. Ainsi, dépendamment du contexte et des conditions dans lesquelles il est exercé, le travail du sexe peut, comme tout travail, être associé à des situations d'exploitation ou non. Selon plusieurs auteurs, le travail du sexe n'est donc pas une forme d'exploitation ou de violence en soi, c'est plutôt les conditions d'exercice du travail du sexe qui peuvent être liées à la violence ou l'exploitation (Toupin, 2006 ; Boulebsol, 2018).

D'autres auteur.e.s conçoivent le travail du sexe comme un travail dans lequel il y a toujours une forme d'exploitation, tout comme chez les autres emplois dans le système capitaliste. Les personnes qui s'inspirent du féminisme marxiste, par exemple, considèrent que l'exploitation par le travail est une caractéristique structurelle du capitalisme (Cruz, 2020). L'enjeu est plutôt le degré d'exploitation qui est associé à un travail, qui varie en fonction du contrôle d'un individu sur ses conditions de travail et ses conditions de vie (Cruz, 2020). De plus, plusieurs recherches montrent qu'il existe au sein de l'industrie du sexe plusieurs hiérarchies d'exclusion, comme des inégalités fondées sur le genre, la race, la sexualité ainsi que la vulnérabilité économique, qui rendent certaines personnes plus vulnérables à l'exploitation par le travail (Benoit et Mellor, 2022). Selon Benoit et Mellor (2022), ces vulnérabilités à l'exploitation sont les mêmes que celles qui existent au sein d'emplois précaires dans des domaines comme la restauration et le commerce de détail. En fait, selon ces auteures, « l'exploitation par le travail est la norme pour la majorité des travailleurs sur les marchés capitalistes » (p. 2). Selon cette conception, les travailleuses du sexe font preuve

d'agentivité, bien que cette agentivité soit limitée, et choisissent le travail du sexe parmi les options restreintes qui s'offrent à elles, dans un contexte où la réduction de mesures d'aide sociale et le déclin des syndicats lié.e.s aux politiques néolibérales ont mené à une croissance des emplois mal rémunérés et précaires (Benoit et al., 2021). Le travail du sexe n'est donc pas exempt d'exploitation, mais certaines personnes s'orientent vers ce travail, parce qu'elles y voient plus d'avantages par rapport aux autres emplois qui s'offrent à elles (Cruz et Hardy, 2021). Pour les féministes marxistes, la décriminalisation et la reconnaissance du travail du sexe comme un travail sont nécessaires afin que les travailleuses du sexe accèdent à des protections sociales et au droit du travail, ce qui améliorerait leurs conditions de travail et leurs conditions de vie (Cruz et Hardy, 2021).

1.1.2 Qui sont les travailleuses du sexe au Canada ?

Les travailleuses du sexe au Canada proviennent de différents milieux socio-économiques, ont des niveaux d'éducation variés et peuvent s'identifier à différentes orientations sexuelles et différentes identités de genre. Elles ont également des âges et des origines ethniques variés (Benoit et Shumka, 2021). Bien qu'il soit difficile d'établir une proportion exacte des femmes dans l'industrie du sexe, la plupart des études semblent démontrer qu'une forte majorité des personnes qui œuvrent dans l'industrie du sexe au Canada s'identifient comme femmes, qu'elles soient cisgenres ou transgenres (Benoit et Shumka, 2021 ; Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 2022). Certaines études indiquent que les femmes des Premières nations, Inuites et Métisses seraient surreprésentées dans l'industrie du sexe, surtout dans le travail du sexe de rue (Benoit et Shumka, 2021 ; Association canadienne de santé publique, 2014). Benoit et Shumka (2021) expliquent la proportion élevée de femmes des Premières nations, Inuites et Métisses dans le travail du sexe de rue comme une conséquence de l'histoire coloniale du Canada et du racisme toujours présent envers les personnes autochtones. Les répercussions de la colonisation au Canada placent ces femmes dans une situation de marginalisation sociale et économique et le racisme dans la société canadienne peut limiter leurs opportunités économiques. Le travail du sexe de rue est ainsi parfois une des seules options pour ces femmes. Il existe toutefois une panoplie de raisons pour lesquelles une femme, autochtone ou non, peut s'engager dans le travail du sexe. Les périodes de pauvreté ou de besoins financiers importants seraient les motivations principales pour entrer dans

l'industrie du sexe. Certaines femmes vont choisir le travail du sexe pour la flexibilité et l'autonomie qui sont associées au fait de choisir quand et avec qui elles travaillent. D'autres vont choisir le travail du sexe pour explorer leur sexualité (Benoit et Shumka, 2021). Plusieurs travailleuses du sexe considèrent avoir une meilleure qualité de travail dans l'industrie du sexe que dans d'autres emplois précaires qu'elles ont occupés ou occupent simultanément au travail du sexe. En effet, selon une étude de Benoit et al. (2021), réalisée au Canada, durant laquelle 218 participant.e.s (majoritairement des femmes) ayant été travailleur.euses du sexe en 2012-2013 ont été interviewé.e.s, la majorité des participant.e.s ont indiqué que le travail du sexe leur donnait une meilleure satisfaction personnelle, un plus grand contrôle sur leurs conditions de travail et un meilleur revenu que leurs autres emplois. Les autres emplois des participant.e.s étaient pour la plupart des emplois à temps partiel ou saisonniers, pour lesquels une éducation formelle n'est pas requise et une sécurité d'emploi n'est pas garantie. La plus grande difficulté liée au travail du sexe rapportée par les participant.e.s par rapport à leurs autres emplois était la stigmatisation liée au travail du sexe.

1.2 Enjeux de santé auxquels font face les travailleuses du sexe

Il semble important de présenter les problèmes de santé qui concernent souvent les travailleuses du sexe, afin de bien comprendre en quoi l'accès aux soins de santé pour cette population est un enjeu important. Il est toutefois important de noter qu'au Canada la majorité des recherches sur la santé des travailleuses du sexe portent uniquement sur les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), dont le VIH, ce qui peut avoir pour effet de renforcer la stigmatisation vécue par les travailleuses du sexe en leur donnant une image de vectrices de maladies (Bungay et al., 2023). Comme l'expliquent Bungay et al. (2023), ces études mettent surtout l'emphase sur les comportements des travailleuses du sexe, comme l'utilisation de drogues ou la non-utilisation du préservatif, et portent peu d'attention aux aspects structurels et sociaux qui peuvent avoir une influence sur ces mêmes comportements et sur la santé. De plus, l'étude canadienne de Bungay et al. (2023) indique que les besoins en santé autres que ceux liés au VIH et aux autres ITSS sont trop souvent ignorés par la recherche. « The preponderance of studies focusing on STIs and HIV is troublesome and suggests that other serious unmet health needs for sex workers are not being studied » (Bungay et al., 2023, p.76).

Dans l'objectif de ne pas renforcer la stigmatisation vécue par les travailleuses du sexe, je tenterai de dresser un portrait global des enjeux de santé auxquels elles font face, en mettant l'emphase sur les déterminants sociaux de leur santé et sur l'idée que « [l]e comportement n'est pas considéré ici comme seulement un choix individuel [...], mais comme le fruit d'une interaction entre un environnement et des caractéristiques constitutionnelles (notamment génétiques), au même titre que la réaction biologique » (Alla, 2016, p. 16). Autrement dit, il est important de comprendre que la santé des travailleuses du sexe dépend en grande partie des conditions économiques et sociales qui ont un impact sur elles en tant qu'individus et en tant que communauté. La notion de déterminants sociaux de la santé fait également référence à la qualité et à la quantité de ressources qu'une société rend disponibles pour ses membres (Benoit et Shumka, 2021). Benoit et Shumka (2021) divisent la santé des travailleuses du sexe en trois catégories pour en dresser un portrait global, soit la santé sexuelle, la santé physique et la santé mentale. J'utiliserai également ces catégories.

1.2.1 Santé sexuelle

Au Canada, les travailleuses du sexe font partie des populations les plus affectées par le VIH et par les autres ITSS (Argento, Goldenberg, et Shannon, 2019). Cependant, selon Benoit et Shumka (2021), il n'y aurait pas de corrélation directe entre tous les types de travail du sexe et la prévalence des ITSS. Selon ces chercheuses, il y aurait plutôt certaines travailleuses du sexe plus à risque de contracter des ITSS à cause de certains facteurs, souvent associés au travail du sexe de rue. Benoit et Shumka mentionnent plusieurs facteurs qui augmenteraient le risque de contracter des ITSS, tels que l'utilisation de drogues intraveineuses, le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées, être victime de violence sexuelle et avoir un nombre élevé de partenaires sexuels dans une période limitée. La prévalence du VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe au Canada serait associée à des facteurs socio-structurels plus larges comme la pauvreté, la violence, la criminalisation, l'impact de la colonisation et des politiques raciales, telles que les politiques d'assimilation des peuples autochtones, et le manque de programmes axés vers la réduction des méfaits (Bungay et al., 2023 ; Argento, Goldenberg, et Shannon, 2019 ; Bingham et al., 2014). Benoit et Shumka (2021) mentionnent que les travailleuses du sexe qui s'identifient à une minorité visible ou comme membres des Premières Nations, des Inuits ou des Métis sont particulièrement

à risque de contracter des ITSS puisqu'elles se trouvent dans une position de vulnérabilité face à ces facteurs socio-structurels et ont plus de chance de faire du travail du sexe de rue que les autres femmes canadiennes. Un exemple de l'impact de ces facteurs socio-structurels est que dans les endroits où le travail du sexe est criminalisé, comme au Canada, le harcèlement des policiers peut avoir une influence directe sur le risque de contracter le VIH pour les travailleuses du sexe. En effet, le harcèlement policier peut forcer les travailleuses du sexe à précipiter les transactions avec leurs clients et les forcer à se déplacer dans des lieux plus isolés et cachés où elles sont plus à risque d'être victimes de violence et sont donc moins en mesure de contrôler leurs transactions, c'est-à-dire de choisir leurs clients, le type d'acte sexuel et l'utilisation du préservatif (Shannon et al., 2015 ; Argento, Goldenberg, et Shannon, 2019). La violence envers les travailleuses du sexe serait l'un des déterminants les plus importants lorsqu'il est question du risque de contracter des ITSS. Les travailleuses de rue et les travailleuses du sexe autochtones, qui sont d'ailleurs représentées de manière disproportionnée dans le travail du sexe de rue (Puri et al., 2017), seraient particulièrement à risque de vivre de la violence. « Cities across Canada are sadly home to epidemics of violence against sex workers, with Indigenous and street-involved sex workers facing the highest burden, and yet there continues to be a lack of coordinated response » (Argento, Goldenberg, et Shannon, 2019, p. 9).

D'autres types de problèmes de santé sexuelle peuvent être associés à la non-utilisation du préservatif. L'utilisation du préservatif varie chez les travailleuses du sexe, certaines travailleuses du sexe seraient donc plus à risque de souffrir de plusieurs problèmes gynécologiques (Rekart, 2005 ; Benoit et Shumka, 2021). Par exemple, la maladie inflammatoire pelvienne, les croissances précancéreuses du col de l'utérus, les grossesses extra-utérines et l'infertilité sont des problèmes santé communs chez certaines travailleuses du sexe (Benoit et Shumka, 2021). Selon Ward et Day (2006), certaines de ces conditions seraient des séquelles à plus long terme de la gonorrhée, une ITSS. En effet, Ward et Day (2006) ont découvert, lors d'une étude réalisée à Londres, que les femmes atteintes de la gonorrhée présentaient deux fois plus de chances d'être atteintes de la maladie inflammatoire pelvienne et avaient plus de chance de suspecter d'être infertiles.

1.2.2 Santé physique

Selon Alexander (1998), la criminalisation et la stigmatisation du travail du sexe font que les problèmes de santé qui lui sont associés ne sont pas étudiés sous l'angle de la santé et de la sécurité au travail (*occupational safety and health*). Les problèmes de santé comme les ITSS et la violence sont souvent considérés simplement comme des risques associés à la vente de services sexuels et les autres problèmes de santé associés au travail du sexe sont souvent ignorés par la médecine en tant qu'institution. Peu d'études se penchent véritablement sur l'impact des conditions de travail sur la santé physique des travailleuses du sexe. Bien que peu d'études portent sur les problèmes de santé physique liés au travail du sexe, certain.e.s chercheur.euse.s rapportent que les travailleuses du sexe seraient à risque de souffrir de douleur chronique. Ceci n'est pas surprenant, puisque le travail du sexe est un travail physiquement exigeant et que les douleurs chroniques sont bien documentées pour d'autres types d'emploi pour lesquels le corps est fortement sollicité. Les métiers de coiffeur ou d'ouvrier en construction, par exemple, sont des emplois pour lesquels les douleurs physiques sont fréquentes (Cruz et Dias-Teixeira, 2016; Anwer et al., 2021). Les problèmes et blessures musculosquelettiques seraient ainsi fréquents chez les travailleuses du sexe (Benoit et Shumka, 2021 ; Ward et Day, 2006 ; Alexander, 1998). Les blessures de stress aux poignets, aux bras et aux épaules dues aux masturbations effectuées à répétition, les douleurs à la mâchoire liées aux fellations, les douleurs aux genoux dues au fait d'être souvent accroupie dans les clubs de striptease, les douleurs aux pieds liées aux talons hauts et les douleurs au dos liées soit au fait de danser et marcher de longues heures, soit aux matelas et tables de massage inadéquats, sont des problèmes fréquemment rapportés par les travailleuses du sexe et qui les affectent dans leur quotidien (Alexander, 1998). Les infections urinaires seraient aussi une préoccupation pour plusieurs travailleuses du sexe (Alexander, 1998).

La violence physique perpétrée par les clients ou par les partenaires intimes est également une réalité pouvant nuire à la santé physique des travailleuses du sexe. Les travailleuses de rue seraient particulièrement à risque de vivre de la violence (Alexander, 1998). Selon plusieurs études, entre 45 et 81 % des travailleuses du sexe auraient été victimes de violence de la part de clients. La violence de la part de clients, en plus des conditions de vie souvent associées au travail du sexe de rue, comme l'itinérance, augmenterait le risque pour les travailleuses de rue d'être victimes de

traumatismes crâniens (Baumann et al., 2019). De plus, selon une étude canadienne, 32,7 % des travailleuses du sexe auraient vécu de la violence perpétrée par un partenaire intime. Ce type de violence serait également associé aux traumatismes crâniens (Baumann et al., 2019). Les traumatismes crâniens sont des blessures sérieuses qui sont associées à une mortalité plus élevée, à des problèmes comportementaux et émotionnels, ainsi qu'à un plus grand risque d'être impliqué dans des activités criminelles (Baumann et al., 2019).

1.2.3 Santé mentale

Selon une étude de Ward et Day (2006), qui ont suivi des travailleuses du sexe à Londres sur une période de 15 ans, les problèmes chroniques ou invalidants les plus courants chez les travailleuses du sexe sont liés à la santé mentale. La relation entre le travail du sexe et les troubles de santé mentale est complexe, il existe plusieurs facteurs qui pourraient expliquer pourquoi les taux de troubles d'anxiété et de troubles de l'humeur sont plus élevés chez les travailleuses du sexe que chez le reste de la population (Benoit et Shumka, 2021).

Tout d'abord, la stigmatisation vécue par les travailleuses du sexe pourrait avoir une influence sur leur santé mentale. En effet, à cause de la stigmatisation associée au travail du sexe, plusieurs travailleuses du sexe choisissent de ne pas révéler leur métier à leur entourage. Or, la peur et le stress constants que quelqu'un découvre leur métier peut avoir un effet négatif sur leur santé mentale. De plus, le fait de mener une double vie, afin de cacher son métier, peut nuire aux relations sociales. Certaines travailleuses du sexe ont donc un soutien social faible et sont socialement isolées de leur famille, leurs ami.e.s et leur communauté. Cet isolement social est associé à la solitude et à la dépression (Benoit et Shumka, 2021).

Les travailleuses du sexe qui s'identifient comme une minorité sexuelle ou une minorité de genre dans un contexte urbain canadien seraient particulièrement à risque d'avoir des problèmes de santé mentale (Puri et al., 2017). Puri et al. (2017) mentionnent que ce risque est peut-être expliqué par l'interaction entre différents déterminants structurels comme la stigmatisation et la discrimination

envers les minorités sexuelles et de genre, la transphobie, ainsi que la violence et les agressions vécues par ces minorités sexuelles et de genre.

Les problèmes d'abus de substance seraient également potentiellement une conséquence de la stigmatisation (Benoit et Shumka, 2021). Plusieurs études montrent qu'il y aurait une plus grande prévalence de consommation de drogue chez les travailleuses du sexe que dans la population générale. Cependant, la plupart de ces études portent sur les travailleuses du sexe de rue et incluent les personnes qui commencent le travail du sexe pour financer leur consommation (Iversen et al., 2021). La prévalence de la consommation de drogue pour d'autres types de travail du sexe est peu étudiée, il est donc difficile de comparer la prévalence d'utilisation de drogue entre les travailleuses du sexe et la population générale (Iversen et al., 2021). Selon Benoit et Shumka (2021), il existerait un lien entre la stigmatisation associée au travail du sexe et la consommation de drogues qui sont moins acceptées socialement, comme la cocaïne et l'héroïne, chez les travailleuses du sexe. La consommation de ces drogues serait possiblement un moyen de faire face aux mauvais traitements dont elles peuvent être victimes (Benoit, McCarthy, et Jansson, 2015).

1.3 L'accès aux soins de santé

Les travailleurs et travailleuses du sexe feraient face à plusieurs barrières lorsqu'il est question d'accès aux soins de santé. Une étude réalisée à Vancouver a en effet révélé que 70% des travailleurs et travailleuses du sexe faisaient face à des barrières d'accès aux soins de santé. La difficulté d'accéder à des services de santé serait trois fois plus élevée pour les travailleurs et travailleuses du sexe que pour la population générale (Socias et al., 2016). Selon Squires (2024), les barrières d'accès aux soins principales auxquelles font face les travailleuses du sexe sont la stigmatisation, la criminalisation, les problèmes d'accessibilité géographique et le coût.

1.3.1 Stigmatisation

Plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que la stigmatisation est l'un des facteurs principaux expliquant les barrières d'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe (Benoit et al., 2019 ; Socias et al., 2016; Lazarus et al., 2012). Goffman propose en 1963 une conceptualisation

et une définition sociologique du stigmate. Depuis Goffman, plusieurs auteur.e.s se sont intéressé.e.s à la stigmatisation et ont défini ce concept de manière différente.

Pour Goffman (1975), un stigmate est un attribut qui discrédite la personne qui le possède. Selon lui, ce qui fait que l'attribut est discréditant est une relation particulière entre cet attribut et un stéréotype. Goffman explique que lorsque nous rencontrons un.e inconnu.e, nous anticipons qu'il ou elle possédera certains attributs. Ces attributs anticipés découlent de la catégorie de personnes à laquelle nous avons associé cet individu. La catégorie, quant à elle, dépend du cadre social établi. Ces anticipations deviennent ensuite des attentes normatives. L'individu qui se présente devant nous peut toutefois présenter un attribut qui le rend différent des autres membres de la catégorie de personne à laquelle nous avons associé cet individu. Goffman (1975) mentionne que nous risquons alors de discréditer cet individu en le considérant comme « différent », « moins attrayant » ou à l'extrême « intégralement mauvais », « dangereux » ou « sans caractère » (p.12).

Link et Phelan (2001) ajoutent plusieurs éléments importants à la conception sociologique du stigmate, comme la discrimination et la notion de pouvoir. Selon eux, la stigmatisation existe lorsque quatre composantes coexistent dans une situation de pouvoir qui permet à ces quatre composantes d'avoir effet. La première composante est la distinction et l'étiquetage des différences humaines. La deuxième composante est la présence d'une croyance culturelle dominante qui lie les personnes étiquetées à un stéréotype négatif. La troisième composante implique une séparation des personnes étiquetées de celles qui ne le sont pas dans des catégories distinctes impliquant la formation d'un « nous » et d'un « eux ». La dernière composante est la dévaluation du statut des personnes étiquetées et la discrimination subie par ces dernières. Link et Phelan (2001) ont inclus la discrimination et la perte de statut dans leur définition du stigmate puisqu'ils considèrent que les gens sont étiquetés, différenciés et liés à des caractéristiques indésirables dans le but de justifier leur dévaluation, leur rejet et leur exclusion. La notion de stigmate est donc incomplète sans la composante de la discrimination et de la perte de statut. Ainsi, pour Link et Phelan, « people are stigmatized when the fact that they are labeled, set apart, and linked to undesirable characteristics leads them to experience status loss and discrimination » (Link et Phelan, 2001, p. 371). La notion de pouvoir est importante pour Link et Phelan puisque la stigmatisation dépend de forces sociales, politiques et économiques. C'est l'accès au pouvoir

social, économique et politique qui permet d'identifier des différences, de construire des stéréotypes et de séparer les personnes en catégories distinctes afin de les rejeter, de les exclure et de les discriminer.

L'Agence de santé publique du Canada se base sur la conceptualisation de Link et Phelan pour définir la stigmatisation. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2021), « La stigmatisation commence lorsqu'on étiquette les différences et impose des stéréotypes négatifs à des personnes, créant ainsi une distinction entre ''eux'' et ''nous'' ». Les personnes stigmatisées sont alors dévaluées et font l'objet de discriminations (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Comme Link et Phelan, l'agence de santé publique du Canada inclut la discrimination dans sa conceptualisation de la stigmatisation en tant que « stigmatisation effective » (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Ceci vient rejoindre les idées de Hart et al. (2023) qui parlent de stigmatisation externe pour décrire la discrimination qui découle des visions négatives attribuées à une personne ou à un groupe dont les caractéristiques ou les comportements sont considérés comme différents des normes sociales (Hart et al., 2023). Hart et al. (2023) se sont également penchés sur la stigmatisation internalisée des travailleuses du sexe lors d'une étude réalisée auprès de travailleuses du sexe de plusieurs pays. La stigmatisation internalisée, ou l'auto-stigmatisation, fait référence au fait que certaines personnes vont appliquer les attitudes négatives de la société envers elles-mêmes, ce qui réduit leur estime de soi (Vogel et al., 2013). Ces personnes vont vivre un sentiment de honte et anticiper la discrimination (Hart et al., 2023). Une forte stigmatisation externe a été associée à une stigmatisation internalisée plus importante (Hart et al., 2023).

La stigmatisation, interne ou externe, peut être un obstacle à l'accès aux soins de qualité de plusieurs façons. La peur de la stigmatisation peut faire que les travailleuses du sexe ne révèlent pas leur profession aux professionnel.le.s de la santé et la stigmatisation perpétuée par les professionnel.le.s de la santé peut mener à de l'évitement d'obtention de soins (*care seeking avoidance*) (Benoit et al., 2019 ; Rayson et Alba, 2019 ; Faissner et al., 2024). Sachant que la stigmatisation peut avoir un impact nuisible concernant l'accès aux soins, il semble pertinent de comprendre d'où vient la stigmatisation des travailleuses du sexe.

1.3.1.1 Comprendre la stigmatisation des travailleuses du sexe

Grittner et Walsh (2020) ont examiné 26 articles de recherche issus de différentes disciplines sur la stigmatisation sociale des travailleuses du sexe. Selon les articles examinés par ces auteures, le genre, la race, la classe, le colonialisme, le capacitisme et le capitalisme sont des structures sociales hiérarchiques interreliées qui contribuent toutes au stigmate du travail du sexe. Le genre serait toutefois la source socio-structurelle de la stigmatisation des travailleuses du sexe la plus reconnue (Grittner et Walsh, 2020). Le concept de « *dirty work* », utilisé pour la première fois par Hughes en 1951 pour décrire des tâches qui sont perçues comme physiquement dégoûtantes, comme un symbole de dégradation ou comme une atteinte à la dignité d'une personne, est également utilisé par plusieurs auteurs pour expliquer la stigmatisation des travailleuses du sexe (Hughes, 1994 ; Ashforth et Kreiner, 1999 ; Toubiana et Ruebottom, 2022).

1.3.1.1.1 Les structures sociales qui expliquent la stigmatisation des travailleuses du sexe

Jobin (2001) démontre que la stigmatisation du travail du sexe est le résultat des rapports de genre dans la société. L'auteure explique que les mots utilisés pour désigner les femmes qui font du travail du sexe (pute, putain, fille de joie et prostituée) sont « des étiquettes exclusives au comportement sexuel des femmes » (Jobin, 2001, p.211). Aucune étiquette, à part le terme « johns » n'est attribuée aux hommes clients. Ce nom générique est utilisé en français et en anglais pour décrire les clients. Selon Jobin, « aucune stigmatisation n'est attribuée aux hommes-clients, ce qui confirme leur comportement sexuel comme non déviant. Le double standard est éloquent ». Comte (2010), quant à elle, mentionne le rôle du patriarcat dans la stigmatisation des travailleuses du sexe. Selon elle, historiquement, ce serait à cause du désir patriarcal de contrôler la reproduction et de s'assurer qu'une femme ne donne pas naissance à des enfants autres que ceux de son conjoint légitime que la sexualité hors norme est stigmatisée.

Pheterson (1993), quant à elle, vient également ajouter un élément à la dimension genrée de la stigmatisation des travailleuses du sexe. Selon elle, la prostitution irait à l'encontre de la socialisation des femmes qui les encourage à ne pas parler de sexualité, à ne pas posséder trop de connaissances en lien avec la sexualité et à ne pas demander d'argent dans toute situation.

Pheterson explique également que les travailleuses du sexe incarneraient le modèle traditionnel du déshonneur féminin, puisque leurs activités vont à l'encontre de ce que la société hétérosexuelle considère comme des activités légitimes pour des femmes. Ces activités allant à l'encontre des attentes de la société sont : avoir des relations sexuelles avec des étrangers, avoir des relations sexuelles avec de nombreuses personnes, initier des relations sexuelles, avoir le contrôle sur la relation sexuelle et être des expertes de la sexualité (Pheterson, 1993). Les pratiques financières et sexuelles des travailleuses du sexe viendraient remettre en question la norme qu'est la dépendance financière et sexuelle des femmes envers les hommes (Pheterson, 1993). On voit bien ici l'imbrication des rapports de genre et de classe, les femmes se trouvant dans une situation de dépendance économique envers les hommes.

Gabryszewska (2014) parle, pour sa part, du « *slut shaming* » dont sont victimes les travailleuses du sexe. Le néologisme « *slut-shaming* » est dérivé des mots anglais « *slut* », salope en français, et « *shame* », honte en français (Conseil du statut de la femme, s. d.). Cette expression fait référence à une forme de discrimination genrée dont l'objectif est de sanctionner le comportement sexuel, réel ou présumé, des femmes (Goblet et Glowacz, 2021). Ce terme fait également référence à la stigmatisation des femmes dont l'attitude, le comportement ou l'apparence physique sont jugés provocants ou trop sexuels (Conseil du statut de la femme, s. d.). Il n'y a toujours pas de consensus sur la traduction française de ce terme (Goblet et Glowacz, 2021). Selon Gabryszewska (2014), le « *slut shaming* » illustre en partie la stigmatisation des travailleuses du sexe, mais la classe est également une structure sociale importante lorsqu'il est question de la stigmatisation des travailleuses du sexe. Elle explique que toutes les travailleuses du sexe ne sont pas victimes du même niveau de stigmatisation. Il y aurait en effet une variation du niveau de stigmatisation en fonction du type de travail du sexe effectué. Selon elle, le niveau de stigmatisation vécu par les travailleuses du sexe serait en partie lié à la proximité avec le client. Ainsi, les travailleuses du sexe qui ont un contact direct avec le client seraient vues comme plus « sales », alors que les travailleuses du sexe qui publient des photos ou des vidéos d'elles sur Internet vivraient moins de stigmatisation grâce à la barrière qui existe entre elles et leurs clients. Or, le fait de pouvoir effectuer du travail du sexe en ligne est, selon Gabryszewska, un privilège associé à une classe économique plus élevé que celle associée au travail de rue, puisqu'un certain capital économique

est nécessaire afin de se procurer l'équipement nécessaire pour commencer à effectuer ce type de travail du sexe (achat de caméra, ordinateur, etc.).

1.3.1.1.2 Le concept de « *Dirty work* » pour expliquer la stigmatisation des travailleuses du sexe

Le concept de « *dirty work* », ou « sale boulot », développé par Hughes en 1951, fait référence aux tâches ou aux travaux qui ont de fortes chances d'être perçus comme dégoûtants et/ou dégradants (Ashforth et Kreiner, 1999 ; Lhuilier, 2005). Des tâches peuvent être considérées comme sales et être stigmatisées à cause de leur association à un stigmate ou à une souillure physique, sociale ou morale (Ashforth et Kreiner, 2014 ; Toubiana et Ruebottom, 2022). La souillure physique (*physical taint*) survient lorsque le travail implique une proximité physique aux déchets, à la mort ou au corps, ou encore, lorsque les conditions sont particulièrement dangereuses. Par exemple des emplois comme concierge, boucher.ère ou exterminateur.trice peuvent être associés à une souillure physique. La souillure sociale (*social taint*) survient lorsqu'un boulot implique un contact régulier avec des personnes ou des groupes qui sont stigmatisés ou lorsqu'un travail implique une perception de servilité. Les gardien.ne.s de prison, les travailleur.euse.s sociaux.ales et les chauffeur.euse.s en sont des exemples. Finalement la souillure morale (*moral taint*) survient lorsqu'un travail est associé à des activités immorales, à des vertus douteuses ou lorsqu'il implique des pratiques trompeuses, conflictuelles ou qui remettent en question les normes de civilité. Les emplois de médium, agent.e. de recouvrement ou de propriétaire de casino se trouvent parmi les emplois associés à la souillure morale (Ashforth et Kreiner, 2014 ; Toubiana et Ruebottom, 2022). Les individus qui font un travail considéré comme sale sont perçus par une partie de la société comme des travailleur.euse.s sales, d'où leur stigmatisation (Ashforth et Kreiner, 2014 ; Toubiana et Ruebottom, 2022).

Toubiana et Ruebottom (2022) utilisent le concept de *dirty work* pour expliquer que, bien que le travail du sexe soit une profession stigmatisée dans l'ensemble, il existe une hiérarchie de la stigmatisation au sein même du travail du sexe. L'une des façons de faire face à la stigmatisation associée à un « sale boulot » serait de se comparer à d'autres personnes qui sont perçues comme pires que nous et qui sont encore plus stigmatisées. Selon Toubiana et Ruebottom (2022), les travailleuses du sexe se comparent à d'autres emplois qui peuvent être considérés comme pires

que le travail du sexe, mais il y aurait également une comparaison sociale effectuée à l'intérieur de la profession entre les différents types de travail du sexe. Cette hiérarchie entre les travailleuses du sexe est parfois appelée la « *whorearchy* » (Toubiana et Ruebottom, 2022 ; Sawicki et al., 2019). Le plus bas une travailleuse du sexe se trouve dans la « *whorearchy* », le plus de stigmatisation de la part de la communauté interne des travailleuses du sexe et de la part de la société en général elle vivra (Sawicki et al., 2019). Le travail du sexe impliquant un contact physique serait un travail particulièrement stigmatisé puisqu'il est associé à la souillure physique, sociale et morale (Ashforth et Kreiner, 2014 ; Toubiana et Ruebottom, 2022).

La hiérarchie au sein des travailleuses du sexe serait basée sur le stigmate physique, le stigmate moral et sur un stigmate démographique, mais la perception des travailleuses du sexe de ces stigmates serait différente de celle de la société générale (Toubiana et Ruebottom, 2022). Par exemple, pour le stigmate physique, ce n'est pas que la proximité physique qui est considérée, mais également avec qui le corps est en contact. Les travailleuses effectuant de la pornographie seraient ainsi moins stigmatisées par les autres travailleuses du sexe que les escortes, bien que les deux professions impliquent des relations sexuelles, car les actrices de la pornographie n'ont pas de proximité physique avec des clients, mais plutôt avec d'autres acteur.rice.s de pornographie. Il y aurait donc une distinction entre la proximité avec des personnes qui font partie de la communauté des travailleurs et travailleuses du sexe et la proximité avec celles qui n'en font pas partie (Toubiana et Ruebottom, 2022). Les travailleuses du sexe qui sont associées au même niveau de proximité physique seraient également classées dans la hiérarchie en fonction des stigmates moral et démographique (Toubiana et Ruebottom, 2022). Pour le stigmate moral, alors que les personnes qui ne font pas partie de la communauté des travailleuses du sexe ont tendance à stigmatiser toutes les travailleuses du sexe en se basant sur l'immoralité de vendre de la sexualité, les travailleuses du sexe adaptent le stigmate moral en se basant plutôt sur la raison pour laquelle un individu effectue le travail du sexe. Ainsi, les travailleuses du sexe qui font ce travail uniquement pour l'argent sont plus stigmatisées que celles qui ont une raison considérée supérieure, comme l'autonomisation ou le fait d'y prendre plaisir (Toubiana et Ruebottom, 2022). Le stigmate démographique, qui fait référence au statut socio-économique et à la race, vient également influencer la position d'une travailleuse du sexe dans la « *whorearchy* ». Ainsi, les

travailleuses du sexe blanches et ayant un statut socio-économique plus élevé seraient les moins stigmatisées (Toubiana et Ruebottom, 2022).

1.3.1.2 Ne pas dévoiler son travail

Benoit et al. (2019) expliquent que certaines travailleuses du sexe choisissent de ne pas divulguer leur profession aux professionnel.le.s de la santé qu'elles consultent par peur d'être stigmatisées, d'être jugées et de vivre de la discrimination. Une autre raison pouvant expliquer le choix de ne pas divulguer sa profession aux professionnel.le.s de la santé est la peur d'un bris de confidentialité. Les travailleuses du sexe qui ont le ou la même médecin que des membres de leur famille, par exemple, peuvent craindre que celui-ci ou celle-ci ne dévoile leur profession à leur entourage (Benoit et al., 2019 ; Abel, 2014). Or, le fait de ne pas divulguer sa profession peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins reçus. En effet, comme l'explique Abel (2014), lorsque les travailleuses du sexe choisissent de ne pas révéler leur profession à leurs médecins, il devient difficile pour ces dernier.e.s de leur procurer les soins et le soutien appropriés. Les soins peuvent en effet être moins complets et il peut y avoir une diminution de la confiance et de l'honnêteté au sein de la relation patiente-professionnel.le.s de la santé (Benoit et al., 2019). Le fait de ne pas dévoiler sa profession est une réalité particulièrement fréquente pour les travailleuses du sexe les plus stigmatisées, comme les travailleuses de rue ou les travailleuses transgenres (Lazarus et al., 2012 ; Aggarwal et al., 2021). Comme l'expliquent Aggarwal et al. (2021), plusieurs travailleuses du sexe transgenres ont peur de révéler leur profession puisqu'elles font face à une possible double, voire triple, stigmatisation. Une travailleuse du sexe transgenre ethnicisée ou racisée pourrait par exemple être stigmatisée à la fois parce qu'elle effectue un travail criminalisé, parce ce qu'elle appartient à une minorité de genre et parce qu'elle appartient à une minorité ethnique ou raciale (Aggarwal et al., 2021). La stigmatisation, ou plutôt la peur de la stigmatisation, peut donc se présenter comme un obstacle à l'accès aux soins de qualité. Autrement dit, le problème ici n'est pas tant que les travailleuses du sexe ne vont pas chercher des soins, le problème est plutôt que les soins peuvent être incomplets ou inappropriés.

Il est possible de comprendre le choix de ne pas révéler sa profession à un.e professionnel.le de la santé comme une conséquence de l'internalisation de la stigmatisation. L'internalisation de la

stigmatisation est néfaste pour les travailleuses du sexe, car elle peut contribuer à leur isolement social et avoir des conséquences négatives sur leur santé (Hart et al., 2023). Les travailleuses du sexe ne dévoilent pas leur profession car elles anticipent la discrimination, ce qui nuit à l'accès à des soins de qualité. En effet, l'anticipation de la stigmatisation peut pousser les travailleuses du sexe à cacher des informations pertinentes d'un point de vue médical concernant leur comportement aux professionnel.le.s de la santé et ainsi nuire à leur accès aux soins appropriés (Koken, 2012). L'anticipation de la stigmatisation peut également dissuader les travailleuses du sexe d'aller chercher les soins de santé, surtout si elles ont eu des expériences négatives par le passé (Faissner et al., 2024). De nombreuses études ont aussi démontré que la stigmatisation internalisée est associée à une plus grande solitude, à moins de soutien social perçu, à une faible estime de soi, à un sentiment d'impuissance et à une plus grande détresse psychologique (Hart et al., 2023 ; Benoit et al., 2018). La stigmatisation internalisée peut donc également avoir un impact direct sur la santé.

1.3.1.3 La stigmatisation par les professionnel.le.s de la santé

La peur des travailleuses du sexe de se faire stigmatiser ou de vivre de la discrimination de la part des professionnel.le.s de la santé n'est pas infondée. Benoit et al. (2019) mentionnent, à la suite de leur étude canadienne sur les coûts et les bénéfices de divulguer un statut de travailleuse du sexe aux professionnel.le.s de la santé, que plusieurs travailleuses du sexe qui ont choisi de dévoiler leur travail ont vécu certaines formes de stigmatisation et de discrimination. Certaines femmes ayant participé à leur étude ont mentionné s'être senties jugées par les professionnel.le.s de la santé et d'autres ont mentionné ne pas avoir reçu les soins appropriés. Benoit et al. (2018) rapportent également que les travailleuses du sexe qui révèlent leur occupation sont souvent victimes de propos insensibles et abusifs à leur égard, d'humiliation ou de traitements irrespectueux dans des espaces de soins de santé publics, de refus de soins et de bris de confidentialité. Dans un même ordre d'idée, Mensah et Lee (2010) mentionnent que les intervenant.e.s dans les services sociaux et de santé ont souvent une attitude abusive et non respectueuse. Elles expliquent que les préjugés des intervenant.e.s peuvent nuire à leur compréhension de la situation des travailleuses du sexe et qu'il arrive que des travailleuses du sexe se présentant aux urgences se fassent retourner chez elles sans avoir reçu les soins nécessaires. Reynish et al. (2021), à la suite de leur revue de la littérature

sur les barrières à l'accès aux services en santé mentale, mentionnent également que les travailleuses du sexe peuvent vivre de la stigmatisation de la part des professionnel.le.s de la santé. Ils et elles expliquent que les professionnel.le.s en santé mentale ont souvent des attitudes négatives par rapport aux travailleuses du sexe, ce qui contribue à leur stigmatisation. Certain.e.s professionnel.le.s de la santé mentale auraient un dédain pour les travailleuses du sexe, ils et elles les blâmeraient pour la destruction de familles, pour la propagation d'ITSS et pour une augmentation de la criminalité (Reynish et al., 2021).

Benoit et al. (2019), mentionnent qu'en plus de se sentir jugées par les professionnel.le.s de la santé, certaines travailleuses du sexe ne recevraient pas les soins dont elles ont besoin, une fois leur statut de travailleuses du sexe révélé. Squires (2024) rapporte, elle aussi, que les professionnel.le.s de la santé ne répondent pas toujours aux besoins des travailleuses du sexe. Le stigmate entourant le travail du sexe, en plus de l'ignorance de certain.e.s professionnel.le.s de la santé en lien avec les réalités entourant le travail du sexe, ferait que ces dernier.ère.s auraient des présomptions sur les pratiques et sur la vie des travailleuses du sexe et auraient tendance à se concentrer uniquement sur leur santé sexuelle et sur les ITSS, peu importe la raison initiale de la consultation (Squires, 2024 ; Association canadienne de santé publique, 2024). Benoit et al. (2018) avancent une idée similaire en expliquant que plusieurs travailleuses du sexe ont l'impression qu'en révélant leur occupation à un.e professionnel.le de la santé, elles courent le risque que ce.tte dernier.ère se concentre uniquement sur les risques associés au travail du sexe et ne porte pas assez attention à leur santé globale. Benoit et al. (2019) mentionnent que ceci se produirait lorsque les idées préconçues sur le travail du sexe des professionnel.le.s de la santé guident le type de soin qu'ils ou elles offrent. Selon l'Association canadienne de santé publique (2024), plusieurs prestataires dans le domaine de la santé croient que les travailleuses du sexe sont des personnes qui manquent de contrôle ou de discipline et donc choisissent les traitements à leur place et ne les consultent que très peu. Une étude américaine de Singer et al. (2021), démontre que certain.e.s professionnel.le.s de la santé se montrent condescendant.e.s, méfiant.e.s et négligent.e.s envers les travailleuses du sexe. L'attitude méfiante des professionnel.le.s de la santé envers les travailleuses du sexe peut parfois les pousser à remettre en question les expériences des travailleuses du sexe et à ignorer certains de leurs problèmes, ce qui peut nuire à leur santé (Singer et al., 2021).

Les expériences passées de discrimination et/ou de stigmatisation par les professionnel.le.s de la santé peuvent diminuer les chances qu'une travailleuse du sexe consulte pour sa santé dans le futur (Rayson et Alba, 2019 ; Faissner et al., 2024). Tel que mentionné précédemment, le niveau de stigmatisation externe vécue peut dépendre de la sorte de travail du sexe qui est pratiquée. Selon Hart et al. (2023), le travail du sexe de rue serait associé à un plus grand niveau de stigmatisation, probablement à cause de sa plus grande visibilité. Ainsi, comparativement aux autres formes de travail du sexe, le travail du sexe de rue est associé à moins d'accès aux soins, à de plus grandes chances d'être arrêtée ou d'avoir des expériences négatives avec la police et à de plus grandes chances de se voir refuser l'accès à des services sociaux (Hart et al., 2023).

1.3.1.4 Intersections pouvant influencer la stigmatisation des travailleuses du sexe en milieu médical

Selon Squires (2024), les professionnel.le.s de la santé auraient tendance à considérer comme moins importants les besoins en santé des travailleurs et travailleuses du sexe, des membres des communautés autochtones et des femmes en général, sauf lorsqu'il est question de grossesse. Comme ce mémoire porte sur les obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe s'identifiant comme femmes, il semble pertinent d'inclure une section sur les discriminations vécues par les femmes en milieu médical. De plus, comme les femmes issues des communautés autochtones représentent une proportion importante des travailleuses du sexe au Canada (Squires, 2024 ; Wilson Narciso, 2020), il semble important de porter une attention particulière aux discriminations vécues par les femmes autochtones en milieu médical.

Plusieurs études démontrent un biais en lien avec le genre dans le domaine des soins de santé qui serait la source de mauvaises expériences pour les femmes dans les milieux de soins (Khan, Tariq, et Majeed, 2024). Le détournement cognitif en contexte médical (*medical gaslighting*) et les mauvaises expériences dans le traitement de la douleur seraient des réalités qui touchent particulièrement les femmes dans le système de santé (Khan, Tariq, et Majeed, 2024 ; Lloyd, Paganini, et ten Brinke, 2020 ; Fraser, 2021). Le détournement cognitif médical (*medical gaslighting*) fait référence à l'expérience négative que peut vivre un.e partient.e lorsque ses préoccupations sont invalidées ou ignorées de manière injustifiée par le ou la médecin traitant.e

(Ng et al., 2024). Ng et al. (2024) définissent le détournement cognitif médical de la manière suivante : « an act that invalidates a patient's genuine clinical concern without proper medical evaluation, because of physician ignorance, implicit bias, or medical paternalism » (p. 920). Les femmes seraient souvent considérées comme des narratrices peu fiables. Leurs symptômes seraient souvent ignorés ou niés par les professionnel.le.s de la santé et les femmes se feraient souvent dire par les professionnel.le.s de la santé que leurs symptômes sont « dans leur tête » (Khan, Tariq et Majeed, 2024). Le détournement cognitif médical des femmes serait le résultat de structures de pouvoir patriarcales et de préjugés envers les femmes (Khan, Tariq et Majeed, 2024 ; Fraser, 2021). Ce processus viendrait également renforcer les stéréotypes misogynes selon lesquelles les femmes sont irrationnelles et hystériques (Fraser, 2021). Lloyd et al. (2020), mentionnent que les stéréotypes de genre liés à l'émotivité pourraient porter les professionnel.le.s de la santé à croire que les femmes dramatisent, surestiment ou même fabriquent leurs expériences de douleur. Ces préjugés liés au genre influencent la quantité et le type de traitement de la douleur administré, les femmes sont donc plus à risque de recevoir des traitements inadéquats (Lloyd et al., 2020).

Il est également important de noter que la discrimination vécue en milieu médical par les femmes autochtones peut être encore plus importante. Selon, Squires (2024), les femmes autochtones représenteraient 15 à 20 % des travailleuses du sexe de rue au Canada, mais selon d'autres auteurs, la proportion de femmes autochtones serait beaucoup plus élevée. Selon Wilson Narciso (2020), les femmes autochtones représenteraient plus de 50% des travailleuses du sexe de rue au Canada, alors qu'elles ne représentent qu'environ 5,1 % de la population des femmes canadiennes (Statistique Canada et Gouvernement du Canada, 2023). Squires (2024) mentionne que les préférences culturelles en matière de soins des personnes issues des communautés autochtones sont souvent mal reçues par les professionnel.le.s de la santé canadien.ne.s qui choisissent souvent de les ignorer ou qui en font l'objet de discrimination. En effet, le racisme épistémique présent dans le système de santé fait que les savoirs biomédicaux occidentaux sont souvent privilégiés par rapport aux pratiques de soins traditionnelles autochtones (Wylie et McConkey, 2019 ; Matthews, 2017).

La discrimination des personnes autochtones dans le système de soin canadien serait une conséquence du racisme systémique et de l'histoire coloniale du Canada (Gunn, s. d.). En effet,

l'organisation des services de santé pour les membres des Premières Nations était un aspect important du colonialisme canadien. La création des services de santé pour les peuples autochtones reposait sur l'idée que les personnes autochtones méritent moins de soins que les autres et sur l'idée que le moins d'argent possible devait être dépensé pour l'établissement de ces services. Aujourd'hui encore, les personnes issues des Premières Nations sont souvent perçues comme étant des personnes responsables de leurs maladies ou troubles et pour qui les soins ne seraient pas aussi urgents que pour le reste de la population (Gunn, s. d.). Les femmes et les filles autochtones seraient touchées de manière disproportionnée par le racisme spécifique aux Autochtones dans le système de santé (Turpel-Lafond et Johnson, 2021). Lors d'une étude canadienne de Browne et Fiske (2001), durant laquelle 10 femmes issues des Premières Nations ont été interviewées, les participantes ont mentionné que leurs symptômes sont souvent ignorés ou rejetés par les professionnel.le.s de la santé. Ces femmes ont mentionné avoir l'impression que les professionnel.le.s de la santé présumaient qu'elles n'avaient pas véritablement de problèmes de santé avant même de les examiner. Ce rejet des femmes issues des Premières Nations par les professionnel.le.s de la santé serait facilité par l'existence de stéréotypes spécifiques aux femmes des Premières Nations qui pourraient nuire à leurs soins. En effet, l'étude de Browne et Fiske (2001) a démontré que certaines préoccupations de ces femmes étaient rejetées à cause d'un stéréotype associé spécifiquement aux femmes des Premières Nations, soit l'idée qu'elles sont passives. Les professionnel.le.s de la santé auraient tendance à voir les femmes issues des Premières Nations comme des participantes passives lors des rencontres dans un milieu de soins, ce qui résulterait en un sentiment d'impuissance chez ces femmes. Ce sentiment d'impuissance rendrait difficile pour ces femmes de défendre leur santé et plus facile pour les professionnel.le.s de la santé de les ignorer.

Sachant que la majorité des personnes qui font du travail du sexe sont des femmes et qu'une proportion importante de ces femmes sont issues des communautés autochtones, il semble évident que les stéréotypes associés à ces identités, en plus de ceux associés au travail du sexe en soi, puissent exercer une influence sur l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe.

1.3.2 Criminalisation

Il a été brièvement mentionné dans la section sur la santé sexuelle que la criminalisation peut nuire à la santé des travailleuses du sexe en les forçant à précipiter leur transaction, ce qui les rend plus vulnérables à la violence de la part de leurs clients. Cependant, la criminalisation du travail du sexe aurait également d'autres impacts négatifs sur la santé des travailleuses du sexe, notamment en réduisant leur accès aux soins de santé. Il semble toutefois d'abord pertinent d'expliquer le contexte légal canadien par rapport au travail du sexe, afin de bien comprendre en quoi la criminalisation peut avoir un impact sur l'accès aux soins.

1.3.2.1 Contexte canadien

Il existe plusieurs courants de pensée lorsqu'il est question du travail du sexe. Le courant pro travail du sexe est associé aux revendications pour la reconnaissance professionnelle du travail du sexe. Selon ce courant de pensée, l'industrie du sexe n'est pas violente en tant que telle, ce sont plutôt ses conditions d'exercice qui la rendent violente ou dangereuse. L'industrie du sexe est vue comme un système d'échange de services sexuels contre une rémunération, entre adultes consentants. La femme est vue comme une professionnelle, une travailleuse qui offre un service. Les propriétaires d'établissements ou d'agences d'escortes sont vus comme des entrepreneurs. Les personnes qui adhèrent à ce courant de pensée militent souvent pour une décriminalisation totale du travail du sexe, afin de réduire la stigmatisation et de lutter pour de meilleures conditions de travail (Boulebsol, 2018, p. 31-32). Le courant abolitionniste, parfois appelé néo-abolitionniste, conçoit quant à lui l'industrie du sexe comme une appropriation du corps de la femme. Selon les féministes abolitionnistes, l'industrie du sexe « incarne et renforce la violence des hommes sur les femmes en contribuant, entre autres, à faire d'elles des objets/marchandises (sexuelles) » (Boulebsol, 2018, p. 32). La prostitution est ici comprise comme une forme d'exploitation sexuelle et ne peut jamais être considérée comme un choix ou comme un acte volontaire (Toupin, 2006). On peut associer la position du gouvernement canadien, lorsqu'il est question de prostitution, au courant abolitionniste ou néo-abolitionniste. Avant 2014, la prostitution adulte n'était pas illégale en soi, mais le Code criminel rendait illégales trois conditions d'exercice, soit la tenue de maisons

de débauche, le fait de vivre de la prostitution d'autrui et la communication à des fins de sollicitation (Intersyndicale des femmes, 2014). Ces trois infractions étaient néfastes pour la sécurité des travailleuses du sexe, puisqu'elles les empêchaient d'engager des chauffeurs ou des gardes du corps, de négocier leurs conditions de travail en public et de travailler à l'intérieur, c'est-à-dire dans des établissements, plutôt que sur la rue (Gouvernement du Canada dans Intersyndicale des femmes, 2014). En 2014, une réforme du droit pénal canadien a fait entrer en vigueur la *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation.* L'objectif de cette loi est de protéger les personnes qui offrent leurs services sexuels en échange d'une rémunération, mais de pénaliser la demande, c'est-à-dire les clients, ainsi que les personnes qui profitent du travail du sexe d'une autre personne, par exemple les proxénètes. La prostitution est comprise ici comme une forme d'exploitation qui touche particulièrement les femmes et les filles (Gouvernement du Canada, 2015).

La *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* a pour résultat une criminalisation partielle de la prostitution. L'offre est légale si certaines conditions, comme le fait de ne pas communiquer dans le but de vendre des services près d'une garderie, d'un terrain de jeux ou du terrain d'une école, sont respectées. Elle devient illégale si ces conditions ne sont pas respectées. La demande, elle, est illégale dans tous les contextes. La *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* place donc les travailleuses du sexe dans une position de victimes et parfois de criminelles, puisque certains aspects du travail du sexe sont toujours illégaux (Squires, 2024).

Ainsi, au Canada, bien que le fait d'offrir des services sexuels en échange d'une rémunération ne soit pas illégal, la loi pénalise certains aspects du travail du sexe. Concernant les travailleuses du sexe, la loi limite la publicité, l'implication de tierces-personnes et la communication avec autrui dans le but de vendre des services sexuels (Stella 2023d; 2023c; 2023a). La loi rend l'exercice légal du travail du sexe difficile. Par exemple, la loi indique qu'il est légal pour une travailleuse du sexe de communiquer avec quelqu'un dans le but de vendre des services sexuels, sauf si cela se passe « à côté » d'un terrain de jeux, d'un terrain d'école ou d'une garderie. Cependant, la loi ne stipule jamais ce qui est considéré comme « à côté » d'un terrain de jeux, d'un terrain d'école ou d'une garderie (Stella, 2023b). De plus, la communication n'a pas besoin d'être verbale pour

qu'une travailleuse du sexe commette une infraction aux yeux de la loi (Stella, 2023b). Les articles de loi 213(1)(a) et (b) indiquent qu'une travailleuse du sexe peut être coupable d'une infraction si elle « arrête ou tente d'arrêter un véhicule à moteur » ou si elle « gêne la circulation des piétons ou des véhicules, ou l'entrée ou la sortie d'un lieu contigu à cet endroit » (Direction des services législatifs, 2014). Ces exceptions à la loi rendent les travailleuses du sexe vulnérables à des poursuites et des arrestations de la part des policiers. En ce qui concerne la demande, soit les clients, ceux-ci peuvent être poursuivis en justice pour l'achat de services sexuels ou pour la communication avec une travailleuse du sexe dans le but d'en acheter, dans tous les contextes (Stella, 2023a). Selon l'organisme pro travail du sexe *Stella*, les lois qui pénalisent les clients, en les rendant vulnérables à des poursuites, ont des effets néfastes pour les travailleuses du sexe. En effet, « Lorsque les clients craignent la détection par la police, ils peuvent éviter les lieux de travail plus visibles, éviter la communication explicite sur les conditions du service sexuel et précipiter la communication initiale » (Stella 2023b). La communication initiale entre une travailleuse du sexe et son client est importante puisque c'est durant cette interaction que la travailleuse du sexe peut négocier ses conditions de travail, par exemple ses tarifs, ses services offerts et l'utilisation du condom (Krüsi et al., 2014). Or, lorsqu'un client craint la police, il est dans son intérêt que la travailleuse du sexe avec qui il communique dans le but d'acheter ses services entre dans son véhicule le plus rapidement possible pour éviter que la police ne les aperçoive (Krüsi et al., 2014). La criminalisation des clients peut donc empêcher les travailleuses du sexe de négocier leurs conditions de travail avant de rentrer dans la voiture de leurs clients, puisque ces derniers ont intérêt à ce que la communication initiale soit rapide afin d'éviter la détection par la police. Les clients peuvent également préférer rencontrer les travailleuses du sexe dans des lieux plus isolés et mal éclairés pour la même raison (Krüsi et al., 2014). Ceci peut, comme mentionné précédemment, créer des conditions de travail plus dangereuses pour les travailleuses du sexe et les rendre vulnérables à la violence. Les travailleuses du sexe du sexe peuvent également moins bien filtrer leurs clients lorsqu'elles doivent précipiter la communication avec ces derniers avant de rentrer dans leur véhicule. Ceci signifie qu'elles n'ont pas le temps de vérifier si le client semble intoxiqué ou armé ni s'il se trouve sur une liste de mauvais clients avant de rentrer dans son véhicule (Krüsi et al., 2014). Certains organismes ou centres de jour produisent en effet des listes de mauvais clients qui peuvent être distribuées aux travailleuses du sexe, afin d'améliorer leur sécurité (Parent et Bruckert, 2005). Une travailleuse du sexe peut ainsi vérifier si un potentiel client

correspond à une description sur sa liste en lui demandant de s'identifier afin qu'elle vérifie si son nom se trouve sur sa liste, si la communication initiale avec celui-ci n'est pas précipitée. Avant la réforme de 2014, les clients pouvaient être poursuivis pour communiquer avec autrui dans le but d'acheter des services sexuels en public ou pour se trouver dans un « endroit intérieur où le travail du sexe avait lieu ("maison de débauche ") » (Stella, 2023b). Après la réforme de 2014, les clients peuvent être poursuivis pour la communication avec autrui dans le but d'acheter des services sexuels ou pour l'achat de services sexuels dans tous les contextes, pas seulement en public (Stella, 2023b). Ainsi, même les travailleuses du sexe qui ne travaillent pas sur la rue, en public, peuvent avoir de la difficulté à filtrer leurs clients. En effet, les travailleuses du sexe qui filtrent leurs clients en vérifiant leurs renseignements personnels ont plus de difficulté à les obtenir, leurs clients étant plus réticents à les fournir par peur d'être identifiés et arrêtés (Alliance Canadienne pour la Réforme des lois sur le Travail du sexe, 2015).

Les travailleuses du sexe peuvent donc être considérées comme des criminelles si elles ne respectent pas certaines conditions. Cependant, comme la loi conçoit le travail du sexe comme une forme d'exploitation, les travailleuses du sexe sont également vues comme des victimes de cette exploitation. Or, l'image de la criminelle, comme l'image de la victime, contribuent à la stigmatisation des travailleuses du sexe en renforçant l'idée qu'elles sont menaçantes ou passives et différentes du reste de la population (Armstrong, 2018).

1.3.2.2 Impact de la criminalisation partielle du travail du sexe sur l'accès aux soins

L'environnement légal aurait un impact immense sur le bien-être des communautés les plus marginalisées, comme les travailleuses du sexe (Argento et al., 2020). L'approche visant à mettre fin à la demande du travail du sexe, associée aux réformes de 2014, aurait simplement reproduit les effets négatifs des anciennes lois (Argento et al., 2020). Selon Argento et al. (2020), la criminalisation du travail du sexe perpétue la violence, la stigmatisation et la discrimination qui, comme mentionné précédemment, empêchent les travailleuses du sexe d'accéder à des soins de qualité et à des services de soutien et les décourage de rechercher de tels services. Les travailleuses du sexe marginalisées qui vivent de la violence font face à des barrières importantes lorsqu'il est question d'accès aux services de soutien aux traumatismes (Argento et al., 2020). Selon Baumann

et al. (2019), l'une des barrières qui empêcheraient les travailleuses du sexe d'aller chercher de l'aide médicale lorsqu'elles vivent de la violence de la part d'un client est la peur de représailles de la part de leur agresseur. Une autre barrière importante serait la peur du jugement des professionnel.le.s de la santé. Un environnement légal qui rend les travailleuses du sexe vulnérables à la violence a donc un effet particulièrement néfaste sur l'accès aux soins.

La *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* a pour objectif d'augmenter l'accès aux services pour les travailleuses du sexe. Cependant une étude récente a démontré que cette loi aurait eu pour effet de réduire de 41% l'accès aux services de santé, cet accès étant passé de 86,2% de 2010 à 2013, à 45.2% de 2015 à 2018 (Squires, 2024). Les lois canadiennes et le contexte de criminalisation auraient donc des effets négatifs puisqu'ils continuent de placer les travailleuses du sexe dans une position à la fois de victimes et de criminelles, ce qui contribue à leur marginalisation et à leur stigmatisation. Comme démontré dans la section précédente, la stigmatisation aurait un impact particulièrement néfaste sur l'accès à des soins de qualité.

1.3.3 Barrières institutionnelles d'accès aux services

La stigmatisation et la criminalisation ne sont pas les seuls phénomènes qui permettent d'expliquer les obstacles à l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe. Des barrières institutionnelles comme les problèmes d'accessibilité géographique des centres de service et les coûts associés aux services de santé sont des obstacles fréquemment rapportés par les travailleuses du sexe (Squires, 2024). Les problèmes d'accessibilité géographique et les coûts sont des barrières à l'accès aux soins également rapportés par la population canadienne de manière générale, cependant ces barrières seraient plus importantes pour les travailleuses du sexe, puisque leur effet est combiné à celui des barrières comme la stigmatisation et la criminalisation qui sont spécifiques aux travailleuses du sexe (Squires, 2024).

1.3.3.1 Problèmes d'accessibilité géographique

L'accessibilité géographique fait référence à l'accès au territoire et à ses diverses activités et services (Dejeammes, Valgalier, et Vincent, 2022). Selon Ndonky et al. (2015) l'accessibilité géographique tient compte « à la fois de la distance et des interactions potentielles entre l'offre de soins et les populations supposées les utiliser » (p.4). L'un des enjeux les plus importants lorsqu'il est question d'accessibilité géographique serait le temps de déplacement (Dejeammes et al. 2022).

Les travailleuses du sexe de rue sont une population qui ferait face à de nombreux enjeux liés à la précarité, comme l'itinérance et la pauvreté. (Kurtz et al., 2005 ; Duff et al., 2011). Plusieurs recherches montrent que les services de santé ne sont pas adaptés à la réalité des travailleuses de rue (Potter, Horwood, et Feder, 2022). Les systèmes de prise de rendez-vous médical, par exemple, peuvent parfois impliquer de devoir prendre un rendez-vous à l'avance, ce qui peut être un problème pour les travailleuses de rue dont la situation d'hébergement change rapidement et est imprévisible (Potter, Horwood, et Feder, 2022). En effet, il peut être difficile pour une personne qui n'a pas une situation de logement stable de savoir où elle habitera au moment de son rendez-vous pris à l'avance et donc de savoir si elle sera en mesure de se rendre à ce rendez-vous. De plus, il peut être difficile pour les travailleuses du sexe n'ayant pas de domicile fixe d'aller chercher des soins, puisque plusieurs centres médicaux refusent de traiter les personnes qui n'ont pas d'adresse, et ce même si elles possèdent une carte d'assurance maladie provinciale (Squires, 2024). L'étude de Socías et al. (2016) sur les barrières institutionnelles d'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe à Vancouver, a démontré que les longues heures d'attentes et les heures d'ouverture limitées sont des barrières importantes pour l'accès aux soins. Ceci est particulièrement vrai pour les travailleuses du sexe dont les conditions de travail limitent les moments durant lesquelles elles peuvent aller chercher des soins. Il peut en effet être difficile pour les travailleuses du sexe qui travaillent dans des établissements commerciaux de prendre congé pour aller chercher les soins dont elles ont besoin, puisqu'elles ne peuvent pas nécessairement prendre congé sans l'autorisation de leurs superviseurs ou du management de l'établissement où elles travaillent (Squires, 2024). Pour les travailleuses du sexe de rue, l'accès aux soins peut être difficile en raison des endroits où elles travaillent. En effet, les travailleuses du sexe de rue travaillent souvent dans des quartiers pauvres dans lesquels il y a peu de points de services (Squires, 2024). Aussi, comme le travail du sexe n'est pas reconnu comme une profession légitime, il peut être très difficile pour les travailleuses du sexe d'avoir accès au crédit et donc de s'acheter

une voiture qui pourrait rendre les déplacements vers les centres médicaux plus faciles (Benoit, Ouellet, et Jansson, 2016). Benoit, Ouellet, et Jansson (2016) mentionnent que plusieurs travailleuses du sexe rapportent avoir vécu de la discrimination lorsqu'elles tentaient d'accéder au crédit ou d'obtenir un prêt de la banque ou une hypothèque. Enfin, Parent et Bruckert (2005) ajoutent que les travailleuses de rue ont parfois de la difficulté à recourir aux services qui s'adressent à la population générale. En effet, les travailleuses de rue ne sont parfois pas au courant de l'existence de certains services et elles rencontrent parfois des difficultés à accéder à des services parce qu'elles ne parlent pas la langue dans lequel le service est offert.

1.3.3.2 Coût

Les Canadiens bénéficient d'un système de santé universel financé par l'État. Chaque province administre son système de santé public et détermine quels soins sont considérés comme étant essentiels. Ces soins sont alors couverts par l'assurance maladie provinciale et sont souvent gratuits ou peu coûteux pour le patient. Cependant, plusieurs soins considérés comme secondaires ne sont pas couverts par l'assurance maladie provinciale et peuvent alors s'avérer très coûteux. Les soins considérés comme secondaires varient selon les provinces. Il peut s'agir, par exemple, de la physiothérapie, des soins dentaires, de certains médicaments, des services d'ambulance et des soins d'optométrie. Or, contrairement à d'autres professions, les travailleuses du sexe ne bénéficient pas d'avantages sociaux liés à l'emploi qui leur permettraient d'obtenir une assurance maladie secondaire, afin de couvrir ces soins secondaires coûteux. Comme mentionné dans la section sur la santé physique des travailleuses du sexe, les problèmes musculosquelettiques sont fréquents chez les travailleuses du sexe. Comme l'expliquent Benoit et Shumka (2021), ces problèmes peuvent avoir un grand impact sur la qualité de vie des travailleuses du sexe, surtout en considérant qu'elles n'ont souvent pas les moyens de remédier à ces problèmes, les traitements comme la massothérapie n'étant la plupart du temps pas couverts par l'assurance maladie provinciale.

Certaines travailleuses du sexe n'ont toutefois même pas accès à l'assurance maladie provinciale. En effet, certaines travailleuses du sexe précarisées, notamment certaines travailleuses sans domicile fixe et certaines travailleuses migrantes sans papiers, ne bénéficient d'aucune assurance maladie (Socias et al., 2016). Ces travailleuses du sexe précarisées sont donc exclues du système de santé public, mais n'ont souvent pas la possibilité d'aller chercher des soins dans le système

privé à cause des coûts élevés. Les seules options qui s'offrent à elles sont alors les services de santé communautaires gratuits, mais les temps d'attente sont souvent élevés. (Socias et al., 2016) Il arrive également que des migrantes sans papiers évitent de recourir à ce genre de service par peur que leur statut d'immigration soit dénoncé aux autorités ou parce que certaines cliniques demandent des documents d'identification (Socias et al., 2016 ; Magalhaes, Carrasco, et Gastaldo, 2010).

1.4 Conclusion

Que ce soit à cause de la criminalisation qui renforce la stigmatisation, des discriminations perpétrées par les professionnel.le.s de la santé ou des barrières dues à l'accessibilité géographique et au coût des services de santé, il semble évident que les travailleuses du sexe au Canada vivent des difficultés spécifiques lorsqu'il est question d'accès aux soins. Sachant que les systèmes de santé et les points de service diffèrent en fonction du contexte géographique et que les facteurs comme le coût et les problèmes d'accessibilité géographique semblent avoir un impact sur l'accès aux soins, il sera intéressant de se concentrer sur le cas du Québec, afin de voir si les barrières sont les mêmes que celles du reste du Canada et des autres pays occidentaux. Le fait de se pencher uniquement sur le Québec permettra possiblement de mieux comprendre l'impact des organismes communautaires locaux et des politiques de santé propres au Québec sur l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe.

Chapitre 2 : Le cadre théorique

Ce chapitre présente les concepts et les théories mobilisés pour concevoir la problématique de cette recherche et pour analyser les données recueillies. Le cadre théorique décrit dans ce chapitre comprend le cadre conceptuel de l'accès aux soins de Levesque et al. (2013), le « cadre conceptuel de la stigmatisation et de la discrimination liées à la santé » [traduction libre] de Stangl et al. (2019), ainsi que le concept de l'intersectionnalité.

2.1 Le cadre conceptuel de l'accès aux soins de Levesque et al. (2013)

Levesque et al. (2013) définissent l'accès aux soins comme « la possibilité d'identifier les besoins en lien avec la santé, de rechercher des services de soins, d'atteindre ces services, d'obtenir ou d'utiliser les services de soins et de se voir offrir des services réellement appropriés afin que les besoins en santé soient satisfaits » [Traduction libre] (p.8). Ils proposent un cadre conceptuel de l'accès aux soins qui met le ou la patient.e au centre de l'analyse. Ce cadre conceptuel comprend cinq dimensions de l'accessibilité liées à l'offre de services et cinq dimensions de l'accessibilité liées à la demande, qui correspondent à différentes capacités de la population lui permettant d'accéder à ces services. Chaque dimension liée à la demande correspond à une dimension liée à l'offre. Les cinq dimensions de l'accessibilité liées à l'offre sont la facilité d'approche, l'acceptabilité, la disponibilité et l'accommodation, le coût (*affordability*) et la pertinence. Les cinq capacités liées à la demande sont la capacité de perception des besoins, la capacité à trouver et à comprendre l'information, la capacité à atteindre les services, la capacité à payer et la capacité à s'engager et à s'impliquer dans le processus de soins (Levesque et al., 2013 ; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2019).

La dimension de la facilité d'approche fait référence au niveau de facilité qu'ont les personnes ayant des besoins de santé à identifier l'existence de services de santé et les moyens d'atteindre ces services ainsi qu'à comprendre que ces services peuvent avoir un impact sur leur santé. Les services de santé peuvent en effet être plus ou moins connus d'une population, dépendamment des mécanismes mis en place pour informer les différents groupes sociaux. Différents facteurs comme la transparence, l'information concernant différents traitements disponibles et les activités de sensibilisation peuvent contribuer à rendre des services plus ou moins faciles d'approche. La dimension de la demande correspondant à la facilité d'approche est la capacité de perception des besoins de la population. Cette dimension dépend de plusieurs facteurs comme les connaissances des individus sur la santé, leurs croyances en lien avec la santé et les maladies et leur niveau de littératie en lien avec la santé (Levesque et al., 2013 ; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2019).

La dimension de l'acceptabilité concerne les facteurs sociaux et culturels qui déterminent la possibilité qu'une population accepte certains aspects des services de santé et juge approprié d'avoir recours à des services de santé. Le sexe et le groupe social auxquels appartiennent les prestataires de soins, tout comme les croyances liées à un système de médecine, sont des facteurs qui peuvent déterminer l'acceptabilité. Levesque et al. (2013) donnent l'exemple de certaines sociétés où les contacts physiques entre hommes et femmes non-marié.e.s sont interdits. Dans un tel contexte, si les prestataires de soins sont majoritairement des hommes, l'acceptabilité pour les femmes d'avoir recours à des soins est diminuée. Ainsi, certains services de santé sont inéquitables, puisque leur organisation les rend inacceptables aux yeux d'une partie de la population qu'ils desservent. La dimension complémentaire à l'acceptabilité, en ce qui concerne la demande, est la capacité à chercher des soins. Cette dimension fait référence à la capacité des individus à trouver et à comprendre l'information, à l'autonomie des individus, à leur habileté à choisir eux-mêmes les services de santé, à obtenir des informations sur les diverses options qui s'offrent à eux en matière de santé et à connaître et faire respecter leurs droits. Les services de soins doivent donc répondre aux besoins de populations de différentes cultures, de populations désavantagées socioéconomiquement et de populations vulnérables, ce qui peut représenter un défi important. (Levesque et al., 2013 ; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2019).

La dimension de la disponibilité et de l'accommodation fait référence à la possibilité d'accéder physiquement aux services de santé dans un temps raisonnable. La disponibilité et l'accommodation dépendent de l'existence de ressource ayant la capacité d'offrir suffisamment de services de santé à la population. Les caractéristiques des installations, comme la distribution et l'accessibilité des établissements, les caractéristiques du contexte urbain, comme les systèmes de transports, ainsi que des caractéristiques des individus, comme la flexibilité de leurs heures de travail, sont des facteurs qui influencent la disponibilité et l'accommodation. Les caractéristiques des prestataires de soins et des modes de prestation des services, comme la qualification des professionnel.le.s de la santé et la possibilité d'obtenir des consultations de manière virtuelles par exemple, sont également importantes. La dimension de la demande correspondante est la capacité de la population à atteindre les services. Cette dimension fait référence à la mobilité des individus, la disponibilité des moyens de transport, la flexibilité des emplois des individus et les

connaissances des individus quant aux moyens d'accéder physiquement aux prestataires de services (Levesque et al., 2013) .

La dimension de l'accessibilité liée au coût concerne la capacité économique de la population de consacrer du temps et des ressources pour avoir recours à des services de santé. Ceci peut dépendre du coût de ces services, mais également du coût lié à la perte de revenu, dans le cas où un individu perd des heures de travail pour aller à un rendez-vous médical par exemple. La dimension de la demande correspondante est la capacité à payer.

La pertinence désigne l'adéquation entre les besoins des individus et les services fournis. Cette dimension fait ainsi référence à la rapidité avec laquelle s'opère cette adéquation, à la quantité de soins déployés pour évaluer les problèmes de santé et déterminer le traitement approprié et à la qualité des services fournis. Ce n'est pas seulement les services fournis qui sont importants, mais également la manière dont ils sont fournis. La possibilité d'accéder à des services de mauvaise qualité est donc comprise comme une restriction de l'accès aux soins. La dimension de la demande liée à la pertinence est la capacité à s'engager et s'impliquer dans le processus de soins. Cette dimension concerne la participation et l'inclusion du ou de la patient.e dans la prise de décision et le choix du traitement. La participation et l'implication du ou de la patient.e dépendent de la motivation et la capacité de cet.te dernier.ère de se soumettre à l'entièreté d'un traitement. Des facteurs comme la littéracie en santé, la capacité de communication et la capacité d'autogestion du ou de la patient.e ont également une influence sur l'engagement et l'inclusion du ou de la patient.e dans le processus de soins. Il est également important que les patient.e.s reçoivent des traitements et des soins qui leur sont appropriés en fonction de leurs ressources et de leurs compétences (Levesque et al., 2013).

Selon Levesque et al. (2013), les dimensions de l'accessibilité liées à l'offre et celles liées aux capacités de la population interagissent et s'influencent entre elles. Ces dimensions représentent des facteurs facilitants ou des barrières à l'accès aux soins dont les effets se cumulent tout au long d'un épisode de soins. Levesque et al. (2013) expliquent que ce cadre conceptuel permet d'étudier les expériences de différents groupes sociaux lorsqu'il est question d'atteindre les services de santé. Ce cadre conceptuel est donc particulièrement intéressant pour cette recherche qui porte sur

les barrières à l'accès aux soins pour une population, ou un groupe social précis, soit les travailleuses du sexe.

2.2 Le « cadre conceptuel de la stigmatisation et de la discrimination liées à la santé » [traduction libre] de Stangl et al. (2019)

Stangl et al. (2019) proposent un cadre conceptuel de la stigmatisation associée aux problèmes de santé, comme l'obésité, le VIH et les troubles de santé mentale. Bien que ce cadre conceptuel ait été développé pour mieux comprendre les mécanismes de stigmatisation dans le contexte de la stigmatisation spécifique aux problèmes de santé, il peut être intéressant dans le cadre de cette recherche, puisque le travail du sexe peut être associé, par certain.e.s professionnel.le.s de la santé à certains problèmes de santé stigmatisants comme les problèmes de consommation de drogues et les ITSS (Association canadienne de santé publique, 2024). Stangl et al. (2019), mentionnent que ce cadre conceptuel peut permettre de développer des interventions plus adaptées aux populations vulnérables qui accèdent aux systèmes de santé.

Le cadre conceptuel proposé par Stangl et al. (2019) permet de décomposer le processus de stigmatisation dans le contexte de la santé en plusieurs éléments constitutifs, soit les moteurs de stigmatisation (*Stigma drivers*), les facilitateurs de stigmatisation, le marquage et les manifestations de la stigmatisation. Ces éléments constitutifs ont une influence sur la santé et le bien-être des populations affectées par la stigmatisation et sur les organisations et les institutions de santé.

2.2.1 Les moteurs et les facilitateurs de la stigmatisation

Les moteurs de la stigmatisation des problèmes de santé sont des facteurs qui motivent ou causent cette stigmatisation. Ces moteurs de stigmatisation varient en fonction du problème de santé en question, mais sont conceptualisés comme étant toujours négatifs. Il peut s'agir, par exemple, de la peur d'être infecté.e par le contact physique ou un jugement social, comme un stéréotype ou un préjugé. Les préjugés et les stéréotypes sont des concepts liés au processus de stigmatisation qu'il

vaut la peine de définir (Major et al., 2018). Kite et Whitley (2013) définissent les préjugés comme « des attitudes adoptées envers des gens du fait de leur appartenance à un groupe social spécifique » (p.15). Les stéréotypes, quant à eux, sont définis par Dovidio et al. (2010) comme « des associations et des croyances à propos des caractéristiques et des attributs d'un groupe et de ses membres qui influencent la manière dont les gens pensent et réagissent à un groupe » [traduction libre] (p.8).

Les facilitateurs de la stigmatisation sont quant à eux des facteurs qui influencent, de manières positives ou négatives, la stigmatisation. Ces facteurs peuvent exacerber ou minimiser la stigmatisation. Par exemple, la présence ou l'absence d'un protocole de sécurité et de matériel de protection pour le personnel soignant peut minimiser ou augmenter un comportement stigmatisant d'évitement chez les professionnel.le.s de la santé envers les populations qui souffrent de maladies infectieuses. Les moteurs et les facilitateurs sont ce qui détermine si le marquage a lieu.

2.2.2 Le marquage

Le marquage se produit lorsqu'un stigmate est appliqué à un groupe ou à une personne en fonction d'un problème de santé spécifique ou d'une autre différence perçue comme la classe, la race, le genre, l'orientation sexuelle ou le travail (Stangl et al., 2019). L'intersection de plusieurs stigmates est également possible. En effet, Stangl et al. (2019) mentionnent que les stigmates liés à un problème de santé surviennent souvent conjointement et interagissent avec d'autres stigmates liés à ces différences perçues, ce qui peut mener à des conséquences de la stigmatisation liée à la santé plus importantes pour certaines personnes. Une fois qu'un stigmate est appliqué à un groupe ou à un individu, la stigmatisation se manifeste de manières variées.

2.2.3 Les manifestations de la stigmatisation

Selon Stangl et al. (2019), la stigmatisation se manifeste dans les expériences vécues et dans les pratiques. Les expériences vécues de stigmatisation incluent les expériences de discriminations. Stangl et al. (2019) considèrent la discrimination comme des comportements stigmatisants qui sont interdits par la loi dans certains contextes. D'autres comportements stigmatisants, qui eux ne sont

pas interdits par la loi, comme les abus verbaux ou le commérage, font également partie des expériences de stigmatisation vécue possibles. La stigmatisation perçue par les membres d'un groupe stigmatisé, qui fait référence aux perceptions de ces membres quant à la manière dont ils sont traités dans un contexte donné, ainsi que la stigmatisation anticipée et la stigmatisation internalisée, qui ont été définies dans la revue de la littérature, font aussi partie des expériences vécues de stigmatisation, tout comme la stigmatisation secondaire, aussi appelée stigmatisation par association. Ce concept fait référence à la stigmatisation vécue par la famille ou les amis d'une personne stigmatisée ou par les professionnel.le.s de la santé qui soignent les membres de groupes stigmatisés.

La stigmatisation manifestée dans les pratiques fait référence aux stéréotypes, aux préjugés, aux comportements stigmatisants et aux discriminations qui peuvent être dirigés vers les membres d'un groupe stigmatisé. Stangl et al. (2019) mentionnent avoir inclus dans leur cadre conceptuel les stéréotypes et les préjugés dans les moteurs et dans les manifestions de la stigmatisation puisqu'ils peuvent à la fois causer et être renforcés par le processus de stigmatisation.

Il semble pertinent de mentionner que, bien que Stangl et al. (2019) mentionnent seulement l'expérience et la pratique de la discrimination parmi les manifestations de la stigmatisation, la discrimination peut avoir lieu même si elle n'est pas vécue comme une expérience de discrimination par les personnes qui en sont victimes. En effet, selon Schuster et al. (2005), les personnes appartenant à des groupes qui vivent régulièrement de la discrimination peuvent minimiser leurs perceptions de discrimination pour préserver leur estime de soi et pour favoriser un sentiment de contrôle sur leurs vies. Certaines personnes peuvent également croire qu'elles méritent le mauvais traitement dont elles sont victimes, ou encore, ne pas réaliser que de meilleurs soins existent, puisqu'elles sont habituées à des soins pires que ceux prodigués aux personnes non discriminées (Schuster et al., 2005).

Selon Stangl et al. (2019), les manifestations de la stigmatisation (les expériences et les pratiques) influencent les populations affectées par la stigmatisation, puisqu'elles ont un impact sur l'accessibilité et l'acceptabilité des services de soins, ainsi que sur l'adhésion aux traitements. Elles affectent aussi les institutions de soins, notamment par leurs effets sur la qualité des services

et sur les politiques mises en place. Selon Stangl et al. (2019), leur cadre conceptuel permet d'articuler les effets sur les populations et les effets sur les institutions qui vont ensuite déterminer ensemble les impacts de la stigmatisation sur la santé et les impacts sociaux de cette stigmatisation. Le cadre permet ainsi de souligner les effets de la stigmatisation liée à la santé sur la société et sur les individus. Il permet également de souligner la nécessité d'intervention auprès de plusieurs acteur.rice.s et sur plusieurs niveaux socio-écologiques. Autrement dit, il faut intervenir auprès des populations affectées par la stigmatisation, mais également auprès des personnes pouvant mettre en place des politiques au sein d'une société ou d'un système de soins, par exemple.

2.3 L'intersectionnalité

Le terme « intersectionnalité » a été introduit en 1989 par Crenshaw, qui s'inspire des textes des féministes noires, comme celles du *Combahee River Collective*, sur l'imbrication des rapports de domination (Collins et Bilge, 2023 ; Bilge, 2009). Dans le texte où elle introduit ce terme, Crenshaw (1989) critique la tendance à considérer le genre et la race comme des catégories d'analyse mutuellement exclusives, puisqu'elle mène à un effacement de l'expérience des femmes noires au sein des mouvements féministes et des mouvements antiracistes (Crenshaw, 1989). Elle explique que l'expérience des femmes noires ne peut être analysée uniquement sous l'angle du sexisme ou sous l'angle du racisme puisque leurs expériences d'oppression ne peuvent s'expliquer uniquement par le racisme ou par le sexisme, ou par la simple addition des deux.

Au début du XXIe siècle, le terme intersectionnalité est repris par différents acteur.rice.s provenant de différents milieux académiques, militants ou politiques (Bilge et Collins, 2023). Bilge et Collins (2023), proposent la définition suivante de l'intersectionnalité :

> L'intersectionnalité examine la façon dont les rapports de pouvoir imbriqués influent sur les rapports sociaux dans diverses sociétés, ainsi que sur l'expérience des individu.e.s dans la vie quotidienne. En tant qu'instrument d'analyse, l'intersectionnalité considère que les catégories de race, de classe, de genre, de sexualité, de nationalité, de capacité, d'ethnicité et d'âge - entre autres - sont interdépendantes et façonnées les unes par les autres. L'intersectionnalité est une manière de comprendre et d'expliquer la complexité du monde, des personnes et des expériences humaines. p.24

Comme décrit dans la revue de la littérature, la stigmatisation du travail du sexe découle de multiples rapports de pouvoir et les travailleuses du sexe peuvent appartenir à plusieurs groupes sociaux (types de travail du sexe, races, classes sociales). L'intersectionnalité comme cadre d'analyse peut être mobilisée afin de mettre en évidence des éléments d'une expérience individuelle qui pourraient être ignorés, si l'imbrication des rapports de pouvoir et des identités était omise, d'où sa pertinence pour cette recherche (Bilge et Collins, 2023). En effet, les rapports de pouvoir influencent les interactions sociales et l'appartenance à un groupe social expose les personnes qui en font partie à certains préjugés et discriminations (Bilge et Collins, 2023). L'intersectionnalité permet de comprendre que les individus appartiennent simultanément à plusieurs groupes sociaux et donc que leur expérience individuelle est forgée par l'imbrication de ces appartenances multiples et simultanées (Bilge et Collins, 2023).

Un cadre analytique intersectionnel permet ainsi de comprendre que les obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe peuvent varier au sein même de ce groupe social, les membres de ce groupe appartenant simultanément à plusieurs groupes sociaux.

Chapitre 3 : La méthodologie

3.1 Question de recherche initiale et reformulation de la question de recherche

3.1.1 Question de recherche initiale

Comme mentionné dans l'introduction, les travailleuses du sexe au Canada rapportent plus de besoins en santé non satisfaits que le reste de la population (Benoit et al., 2019). L'accès aux soins de santé est un déterminant social de la santé important (Aidoo, 2023). En effet, les personnes qui sont en mesure d'accéder régulièrement à des soins médicaux bénéficient de détections précoces de maladies, de dépistages réguliers et d'interventions rapides en cas de problèmes de santé. Ces facteurs permettent une réduction significative des taux de morbidité et de mortalité (Aidoo, 2023). C'est donc sur ce sujet que j'ai choisi de me concentrer. Selon le Commissaire à la santé et au bien-être (2022), l'accès aux soins est nécessaire pour qu'il y ait une amélioration ou un maintien

de la santé des usagers d'un système de santé, ce qui est l'objectif d'un système de soins performant. Cet accès dépend de différentes barrières et facteurs facilitants (Commissaire à la santé et au bien-être, 2022). Les problèmes du système de santé québécois, comme la faible accessibilité aux services de première ligne et l'encombrement des urgences, attirent l'attention politique et médiatique depuis plusieurs années (Contandriopoulos et Tremblay, 2009). Il me semble donc important, bien que les travailleuses du sexe font face à de nombreuses barrières à l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada (Squires 2024), de me pencher sur les obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe dans le contexte québécois. La question de départ ayant guidé ma recherche est donc la suivante : Quels sont les obstacles à l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe au Québec ?

3.1.2 Terrain initial prévu

Initialement, je souhaitais me pencher sur l'expérience des travailleuses du sexe au sein du système de santé québécois, afin de mieux comprendre les barrières auxquelles ces dernières font face pour obtenir des soins. Pour ce faire, j'avais prévu mener des entretiens auprès de travailleuses du sexe, durant lesquels différents thèmes, tels que leurs expériences avec les professionnel.le.s de la santé, leur accès à différents soins de santé et leurs besoins médicaux seraient abordés. Je souhaitais également rencontrer quelques professionnel.le.s de la santé et intervenant.e.s sociaux.ales, afin de recueillir leurs visions des enjeux d'accès aux soins pour les travailleuses du sexe et de comprendre quelles sont leurs pratiques avec cette population.

J'ai alors contacté les personnes responsables d'un organisme qui œuvre auprès de travailleuses du sexe, en présentant les objectifs de ma recherche, afin de leur demander si elles seraient intéressées à m'aider dans mon recrutement. L'organisme en question a refusé de m'aider dans mon recrutement et a adressé plusieurs critiques valides en lien avec ma recherche qui m'ont fait réfléchir à la manière de conduire ma recherche et m'ont poussée à effectuer plusieurs changements.

3.1.3 Refus de terrain et remise en question du sujet de recherche

Premièrement, l'organisme en question explique que la communauté des travailleuses du sexe est surinvestiguée et sursollicitée pour la recherche et que la recherche bénéficie rarement aux travailleuses du sexe. Comme j'avais fait de nombreuses lectures sur le sujet, je savais que la sur sollicitation de cette communauté était un enjeu important et que la plupart des recherches sur la santé des travailleuses du sexe porte sur les ITSS et met trop l'accent sur les comportements individuels des travailleuses du sexe et pas assez sur le contexte et les structures globales qui influencent les comportements et la santé des travailleuses du sexe (Bungay et al., 2023). J'avais justement fait le choix de parler d'obstacles l'accès aux soins, afin de me concentrer sur les facteurs socio-structurels qui influencent ces obstacles, comme la stigmatisation, le cadre juridique entourant le travail du sexe et l'organisation du système du soin, dans le but d'éviter de souligner uniquement les ITSS et les comportements individuels. Je croyais que, puisque mon objectif était de recueillir la parole des travailleuses du sexe et de fournir des pistes de solutions aux barrières l'accès aux soins, la recherche pouvait se montrer bénéfique. Or, cet organisme est venu remettre en question la pertinence de cette recherche en expliquant que les enjeux d'accès aux soins étaient déjà bien documentés et que des organismes comme le leur ainsi que des organisations comme ONUSIDA réclament déjà la décriminalisation du travail du sexe. Selon l'organisme, la recherche viendrait donc récupérer les revendications de la communauté des travailleuses du sexe et envahir leur intimité.

J'ai choisi de considérer les personnes qui œuvrent au sein de cet organisme comme des expertes, puisque je ne fais moi-même pas partie de la communauté concernée et que je préfère aborder une posture d'humilité épistémique. Cette posture consiste à reconnaître ses propres limites épistémiques, c'est-à-dire reconnaître ce qu'on sait et ce qu'on ne sait pas, et à rechercher d'autres perspectives dans l'objectif de surmonter ces limites (Gauthier, 2024). Je souhaite donc éviter l'arrogance épistémique, qui implique de se croire supérieur.e aux groupes concernés sur le plan épistémique et de croire pouvoir mieux comprendre leurs réalités (Gauthier, 2024). Ainsi, puisque les personnes de cet organisme considèrent que cette recherche participerait à la sur sollicitation des travailleuses du sexe et qu'elle envahirait leur intimité, j'ai préféré modifier ma recherche et ne pas solliciter de travailleuses du sexe. Je me suis questionnée sur le sujet et j'ai consulté des

enseignants au département de sociologie pour obtenir leur opinion sur la situation. À la suite de ces rencontres et de mes réflexions, j'en suis venue à la conclusion que bien que je reconnaisse que des organisations internationales comme l'ONUSIDA ont déjà émis des recommandations quant à l'accès aux soins, étant donné que les systèmes de soins varient en fonctions des contextes géographiques, je pense qu'il peut tout de même être pertinent de mieux comprendre les logiques macro et micro sociologiques qui influencent l'accès aux soins des travailleuses du sexe au Québec, la recherche qualitative étant une manière de « comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel » (Borgès Da Silva, 2001, p.118). J'ai donc choisi, à la suite de mes discussions, de me concentrer plutôt sur la perspective des professionnel.le.s de la santé et des intervenant.e.s sociaux.ales qui accompagnent les travailleuses du sexe au sein du système de santé, en m'inspirant d'une étude ayant également étudié les perceptions des prestataires de soins.

Wylie et McConkey (2019), ont effectué une étude au Canada sur la vision des professionnel.le.s de la santé des discriminations envers les patients autochtones. Elles expliquent que de mieux comprendre ce que les professionnel.le.s de la santé savent, ce qu'ils et elles pensent et la manière dont ils et elles agissent, peut permettre d'identifier les défis systémiques et les opportunités d'amélioration pour lutter contre les pratiques discriminatoires envers les populations autochtones. En m'inspirant de leur étude, j'espère que mieux comprendre la vision des professionnel.le.s de la santé permettra de mieux comprendre les obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe.

3.1.4 Questions de recherche

Voulant toujours me concentrer sur le thème de l'accès aux soins pour la population des travailleuses du sexe dans le contexte québécois, mais ayant choisi de changer de population pour la collecte de donnée, mes objectifs de recherche ont changé. Ainsi, l'objectif de la recherche n'est plus de comprendre l'expérience des travailleuses du sexe face aux barrières à l'accès aux soins, puisqu'il serait impossible de comprendre leurs expériences au sein du système de santé sans recueillir leur parole. Le nouvel objectif de la recherche est plutôt d'analyser le point de vue des professionnel.le.s qui soignent ou accompagnent les travailleuses du sexe au sein du système de santé, afin de comprendre la manière dont différents acteur.rice.s au sein des institutions de santé

et différentes structures sociales influencent les obstacles à leur accès aux soins. Je souhaite également me pencher sur les stratégies que ces professionnel.le.s et intervenant.e.s peuvent mettre en place pour que les travailleuses du sexe accèdent à des soins de santé.

Ma recherche tente donc de répondre aux deux questions suivantes :

- Quels sont les principaux obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe selon les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s qui les accompagnent au sein du système de la santé québécois ?
- Comment ces professionnel.le.s de la santé et ces intervenant.e.s s adaptent-ils.elles leurs pratiques pour pallier ces obstacles ?

3.2 Posture méthodologique

L'objectif de cette recherche étant de comprendre la perspective des professionnel.le.s de la santé et leurs pratiques face aux obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe dans le contexte québécois, l'approche qualitative s'imposait. En effet, l'approche qualitative permet de comprendre la variabilité des phénomènes en fonction du contexte et permet de saisir la complexité des comportements des acteur.rice.s au sein d'un système de santé (Borgès Da Silva, 2001). Cette approche permet également un va-et-vient entre différentes étapes de la recherche, ce qui a effectivement été une réalité tout au long de la recherche (Borgès Da Silva, 2001). Comme il en était question dans les paragraphes précédents, ce n'est qu'une fois rendue à l'étape d'approche de mon terrain de recherche que mes objectifs de recherche se sont concrétisés et que ma population à l'étude a été modifiée. La nature inductive et interprétative de la recherche qualitative permet effectivement une modification des méthodes de recherche en cours d'étude, le but de la recherche qualitative n'étant pas nécessairement de répondre à des hypothèses prédéfinies, mais plutôt d'arriver à des hypothèses en cours de recherche, au fur et à mesure de la collecte de données (Borgès Da Silva, 2001).

Cette recherche s'inspire également de l'approche de l'interactionnisme symbolique au sens où les participant.e.s, soit les professionnel.le.s accompagnant les travailleuses du sexe au sein du

système de santé, sont considéré.e.s comme des acteur.rice.s interagissant avec les structures sociales, plutôt que comme des acteur.rice.s passif.ve.s dont les comportements sont entièrement déterminés par ces structures (Le Breton, 2012). L'interactionnisme symbolique peut être considéré comme une posture générale de recherche, puisqu'il est désigné comme une posture à la fois théorique et méthodologique, qui influence la manière de circonscrire l'objet de recherche, de la phase de la problématisation à la phase d'analyse (Morrissette et al., 2011). Ainsi, en me basant sur les fondements théoriques de l'interactionnisme symbolique, je tiens pour acquis que les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s sociaux.ales sont en mesure d'effectuer des adaptations dans leur pratique pour tenter de pallier certains obstacles à l'accès aux soins, mais sont tout de même soumis à certaines contraintes liées au système de santé, dont ils et elles font partie. Je considère aussi qu'il est possible que les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s sociaux.ales peuvent, de manière volontaire ou non, contribuer à ces obstacles. De plus, l'interactionnisme symbolique implique de considérer que le monde social se construit de manière continue à travers les interactions entre différents acteur.rice.s et à travers les interprétations de ces interactions par ces acteur.rice.s qui s'ajustent continuellement, en fonction de ces interprétations (Morrissette et al., 2011). J'accorde donc, à travers la recherche, une importance aux interactions entre patientes et professionnel.le.s, aux interactions qu'ont les professionnel.le.s entre eux.elles et avec d'autres acteur.rice.s du système de soin, ainsi qu'à la signification de ces interactions pour les participant.e.s, afin de mieux comprendre la réalité que sont les obstacles à l'accès aux soins.

3.3 Méthode de collecte de donnée choisie

Bien que l'observation participante fut la méthode de collecte de donnée centrale dans le développement de l'interactionnisme, d'autres méthodes comme les entretiens semi-directifs et les récits biographiques font aujourd'hui partie des méthodes privilégiées par les chercheur.euse.s adoptant cette posture, puisqu'elles permettent de comprendre les schémas interprétatifs des acteurs.rice.s (Morrissette et al., 2011).

La méthode de collecte de donnée choisie pour cette recherche est l'entretien semi-dirigé. L'entretien semi-dirigé me semble la méthode de collecte de donnée la plus appropriée pour cette

recherche, puisqu'elle permet de recueillir les interprétations des participant.e.s en respectant leur propre cadre de référence (Marquet et al., 2022).

3.4 Population à l'étude

Comme mentionné plus tôt, j'ai choisi de me concentrer sur la perspective des professionnel.le.s qui accompagnent les travailleuses du sexe, puisque la communauté des travailleuses du sexe est sursollicitée pour la recherche. La population à l'étude pour cette recherche est composée de deux catégories de participant.e.s répondant.es à certains critères, soit les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s sociaux.ales.

Pour les professionnel.le.s de la santé, j'ai choisi de recruter des médecins ou des infirmier.ère.s, ayant déjà offert des services de santé à des travailleuses du sexe et travaillant au Québec. J'ai choisi de ne pas établir de critère quant au type d'établissement de santé dans lesquels travaillent les participant.es, puisque je trouvais intéressant d'avoir la perspective de professionnel.le.s travaillant dans différents types d'établissements, en émettant l'hypothèse que les obstacles et les pratiques variaient potentiellement en fonction du type d'établissement.

Pour les intervenant.e.s sociaux.ales, j'ai choisi de recruter des travailleur.euse.s sociaux.ales et des intervenant.e.s sociaux.ales travaillant dans le système de la santé ou dans des organismes communautaires œuvrant auprès de travailleuses du sexe.

Durant la recherche, je suis demeurée ouverte à la possibilité de faire une ou deux entrevues avec des travailleuses du sexe si l'occasion se présentait, sans activement faire de recrutement auprès de cette population pour éviter de participer à la sursollicitation. Par exemple, si des participant.e.s intervenant.e.s ou travailleur.euse.s sociaux.ales m'avaient parlé d'une travailleuse du sexe potentiellement intéressée à faire un entretien, je leur aurais proposé de lui transmettre mes coordonnées afin qu'elle puisse me contacter directement. Le sujet restant tout de même l'accès aux soins pour cette population, il semblait important de demeurer ouverte à la possibilité que des membres de cette communauté donnent leur perception sur le sujet si jamais elles en avaient envie.

L'occasion ne s'est finalement pas présentée et je me suis donc uniquement concentrée sur la perspective des professionnel.le.s accompagnant les travailleuses du sexe.

3.5 Recrutement

Pour le recrutement des deux catégories de participant.e.s, j'ai fait appel à des connaissances personnelles qui travaillent dans le réseau de la santé afin de solliciter leur participation et afin qu'elles me réfèrent à des personnes qui seraient intéressées à participer à ma recherche. J'ai également contacté plusieurs organismes communautaires afin de leur demander de partager mon invitation à participer à la recherche à leurs employé.e.s.

Le recrutement s'est avéré assez difficile. Plusieurs des professionnel.le.s de la santé et intervenant.e.s que j'arrivais à rejoindre considéraient ne pas avoir assez d'expérience de travail auprès de travailleuses du sexe et ont préféré décliner mon invitation à participer à la recherche. Ils et elles m'ont souvent référée à des organismes communautaires qui auraient potentiellement plus d'expérience auprès de cette population. J'ai tout de même réussi à recruter quelques professionnel.le.s de la santé auprès de connaissances personnelles œuvrant dans différents milieux. Plusieurs participant.e.s m'ont à leur tour référée à d'autres professionnel.le.s de la santé, ce qui fut très utile. Le recrutement auprès d'organismes communautaires s'est également avéré plus difficile que prévu. Plusieurs organismes n'ont jamais répondu à mon courriel et plusieurs organismes m'ont répondu qu'ils n'avaient présentement pas le temps ou les ressources pour m'aider, ce qui est tout à fait compréhensible. Malgré tout, quelques organismes ont accepté de transmettre mon invitation à leurs employé.e.s et quelques intervenant.e.s m'ont contactée pour indiquer leur intérêt à participer à la recherche.

J'ai transmis à tous les participant.e.s qui démontraient un intérêt à participer à la recherche une description de la recherche comprenant une brève revue de la littérature, ma question de recherche initiale et une brève description de la méthodologie et du cadre théorique envisagé. Je leur ai également transmis le formulaire de consentement[1], comprenant des informations importantes sur

[1] Le formulaire de consentement se trouve dans l'annexe 2

le déroulement de la participation et sur les possibles avantages et inconvénients de la participation. Je me suis assurée d'indiquer qu'ils ou elles pouvaient toujours me contacter pour toutes questions au sujet de la recherche ou du formulaire de consentement. Nous avons ensuite déterminé un moment pour effectuer l'entretien.

3.6 Déroulement des entretiens

Un total de neuf entretiens ayant duré entre 45 minutes et 1h40 environ a été effectué, auprès de six professionnel.le.s de la santé, soit un médecin et cinq infirmier.ère.s, et auprès de trois intervenantes sociales, soit une travailleuse sociale œuvrant dans le réseau de la santé et deux intervenantes sociales au sein d'organismes.

J'ai offert à chaque participant.e la possibilité de faire les entretiens sur la plateforme Zoom pour éviter les inconvénients liés au déplacement. Un montant de trente-cinq dollars a été remis à tous les participant.e.s, dans le but de les compenser pour le temps accordé à l'entretien. Six entretiens ont été effectués à distance, sur la plateforme Zoom. Trois participant.e.s ont préféré participer à l'entretien en présentiel, dans un lieu physique de leur choix. Deux de ces entretiens ont été effectués sur le lieu de travail des participant.e.s, qui avaient obtenu l'autorisation de leur employeur pour que l'entretien soit effectué à cet endroit, et un de ces entretiens a été effectué dans mon logement, à la demande d'une participante.

Deux guides d'entretien[2] ont été utilisées pour mener les entretiens, un pour les professionnel.le.s de la santé et un pour les intervenant.e.s sociaux.ales. Chaque guide d'entretien comprenait environ vingt-cinq questions regroupées sous quatre thématiques : introduction générale du ou de la participant.e, portrait de la santé des travailleuses du sexe, relation patientes-professionnel.le.s de la santé et liens entre le travail du sexe et l'accès aux soins. Comme il s'agit d'entretiens semi-dirigés, l'ordre des questions a parfois été modifié selon le déroulement de la conversation et certaines questions ont été ajoutées ou enlevées en fonction des réponses des participant.e.s. J'ai également fini les entretiens, lorsque le temps le permettait, en demandant aux participant.e.s si ils

[2] Les guides d'entretien se trouvent dans l'annexe 1

ou elles souhaitaient me parler de certains sujets qui n'avaient pas été abordés durant l'entretien, afin de ne pas limiter le contenu des entretiens à mes questions préétablies et afin d'éviter de manquer l'occasion d'aborder d'éventuels enjeux auxquels je n'avais pas pensé. L'audio de tous les entretiens a été enregistré à l'aide de mon téléphone cellulaire afin qu'une retranscription fidèle des entretiens pour l'analyse des données soit possible.

Comme l'expliquent Marquet et al. (2022), les qualités humaines du ou de la chercheur.e, comme la neutralité bienveillante, la capacité d'écoute et la sensibilité, sont très importantes dans le contexte d'entretien pour une recherche. J'ai donc tenté tout au long des entretiens de mettre de l'avant ces qualités et de mettre les participant.e.s le plus à l'aise possible en leur permettant de faire l'entretien de leur domicile s'ils ou elles le désiraient et en leur indiquant qu'ils ou elles étaient en tout temps libres de ne pas répondre à certaines questions s'ils ou elles le préféraient.

3.7 La méthode d'analyse des données

La méthode d'analyse des données utilisée pour cette recherche s'inspire de la méthode de l'analyse thématique. Paillé et Mucchielli (2012), proposent une définition de l'analyse thématique. Selon ces auteurs, « L'analyse thématique consiste […] à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation » (p. 232). Contrairement à d'autres méthodes d'analyse pour lesquelles le regroupement en thème est une étape préliminaire à l'analyse, la thématisation est ici l'opération principale de l'analyse (Paillé et Mucchielli, 2012).

La première étape de l'analyse des données fut de relire plusieurs fois chaque entretien, afin d'assurer une compréhension approfondie des propos de chaque participant.e. Ceci correspond aux recommandations de Paillé et Mucchielli (2012) qui suggèrent de ne pas se lancer prématurément dans l'analyse, c'est-à-dire de ne pas surligner ou préthématiser le corpus lors des premières lectures, afin de centrer ces lectures sur le témoignage des participant.e.s. Par la suite, une première classification par thèmes et sous-thèmes a été effectuée pour chaque entretien, en gardant en tête les deux questions de recherche. Ces thèmes et sous-thèmes, avec des extraits de verbatim des

entretiens les illustrant bien, ont été classés dans un tableau pour chaque entretien à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. L'étape finale de l'analyse fut de comparer ces tableaux, afin de les rassembler en un seul document distinct. Pour ce faire, une comparaison des différents thèmes a été effectuée, afin de regrouper les thèmes similaires ou récurrents et afin d'éventuellement lier différents thèmes entre eux, lorsqu'une logique semblait s'établir entre ceux-ci. Ce document a permis d'organiser le chapitre de présentation des résultats en différentes sections, en fonction des thèmes et des sous-thèmes découlant de la catégorisation et de la comparaison des entretiens.

3.8 Limite et force de la recherche

Bien qu'il soit évident que le nombre restreint de participant.e.s à la recherche est une limite importante de la recherche, je pense que les milieux de travail et spécialités variés des participant.e.s sont une force de la recherche. La santé étant un sujet très vaste et multifactoriel, il est intéressant d'avoir la perspective de professionnel.le.s de la santé se spécialisant dans différents aspects de la santé.

Un bref portrait des participant.e.s sera présenté au prochain paragraphe, afin de pouvoir mieux mettre en contexte leur expertise et leur point de vue sur l'accès aux soins des travailleuses du sexe.

3.9 Portrait des participant.e.s

Il est important de connaître le travail des participant.e.s pour bien comprendre leur propos. En effet, le profil des travailleuses du sexe qu'ils ou elles rencontrent dans le cadre de leur travail, ainsi que les raisons de rencontrer ces travailleuses du sexe varient selon la profession et/ou le milieu de travail des participant.e.s et ceci peut avoir une influence sur la manière dont ces dernier.ère.s conçoivent les obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe.

Dans le but de garantir l'anonymat des participant.e.s, leurs noms ont été changés et les noms des organismes ou des établissements de santé dans lesquels ils et elles travaillent ne seront pas mentionnés.

3.9.1 Professionnel.le.s de la santé

Nathalie

Nathalie est une infirmière clinicienne âgée de 39 ans. Elle pratique ce métier depuis au moins une quinzaine d'années. Elle travaille en CLSC à Montréal. Elle mentionne qu'elle rencontre régulièrement des travailleuses du sexe dans le cadre de son travail, même si ce n'est pas la majorité de sa clientèle. La raison de consultation principale des travailleuses du sexe qu'elle rencontre est la santé sexuelle, mais elle mentionne que l'anxiété, la dépression et la consommation sont également des problèmes de santé qu'elle voit souvent chez les travailleuses du sexe. Elle mentionne que les travailleuses du sexe sont une clientèle qu'elle aime particulièrement. Elle a travaillé auprès de femmes ayant fait plusieurs types de travail du sexe durant sa carrière. Elle mentionne qu'une bonne partie des travailleuses du sexe qu'elle rencontre sont assez organisées et aisées financièrement, mais qu'il lui est également arrivé de travailler auprès de travailleuses du sexe précarisées.

Léa

Léa est une infirmière âgée de 24 ans. Elle est infirmière depuis quatre ans et travaille comme assistante-infirmière-chef sur une unité de médecine depuis moins d'un an, dans un centre hospitalier à Montréal. Elle rencontre occasionnellement des travailleuses du sexe dans le cadre de son travail, lorsque celles-ci sont hospitalisées dans son unité de soins.

Mathieu

Mathieu est un infirmier clinicien de 44 ans. Il a gradué de sa formation de sa formation de technicien en soins infirmiers il y une dizaine d'années et de sa formation de bachelier il y a environ huit ans. Il travaille depuis environ huit ans en dépistage d'ITSS, qui est la raison principale de consultation des travailleuses du sexe qu'il rencontre, avec la contraception. Il travaille maintenant dans une clinique jeunesse d'un CLSC de Montréal, mais il a auparavant travaillé en dépistage

d'ITSS dans des organismes. Il mentionne que lorsqu'il travaillait pour des organismes communautaires, les travailleuses du sexe représentaient environ 80 % de sa clientèle. Au CLSC, la fréquence à laquelle il rencontre des travailleuses du sexe est plus variable. Il mentionne au moment de l'entretien avoir vu cinq travailleuses du sexe dans le dernier mois environ, mais qu'il lui arrive aussi de ne pas en voir pendant plusieurs mois.

Sophie

Sophie est une infirmière clinicienne âgée de 24 ans, qui pratique son métier depuis cinq ans. Elle travaille présentement dans un centre de recherche d'un centre hospitalier à Montréal, mais elle a travaillé dans plusieurs départements au cours de sa carrière. Elle a également travaillé dans des hôpitaux à l'extérieur de Montréal. Elle n'a pas rencontré souvent des travailleuses du sexe au cours de sa carrière, mais elle a eu une patiente travailleuse du sexe qu'elle a vue à plusieurs reprises et a été témoin de plusieurs situations qui sont de bons exemples de problèmes d'accessibilité aux soins pour cette population.

Sarah

Sarah est une infirmière clinicienne de 25 ans. Elle est infirmière depuis quatre ans et travaille à l'urgence dans un centre hospitalier de Montréal où elle fait également de l'intervention auprès de victimes d'agression sexuelle. Elle rencontre assez régulièrement des travailleuses du sexe dans le cadre de son travail, souvent des travailleuses du sexe vulnérables. Les raisons de consultation des travailleuses du sexe qu'elle rencontre sont souvent liées à des enjeux de toxicomanie, de violence et de santé mentale.

Vincent

Vincent est un psychiatre de 32 ans. Il pratique ce métier depuis 2 ans. Il travaille dans un centre hospitalier de Montréal, à l'urgence et à la clinique externe de psychiatrie de ce centre. Il rencontre relativement régulièrement des travailleuses du sexe dans le cadre de son travail, surtout à l'urgence, mais ce n'est pas la majorité de la clientèle qu'il rencontre. Les troubles de l'humeur et les troubles de personnalité sont des problèmes de santé qu'il voit souvent chez les travailleuses du sexe, mais il mentionne que la plupart du temps les raisons de consultation des travailleuses du sexe qu'il rencontre ne sont pas directement liées au travail du sexe.

3.9.2 Intervenantes sociales

Julie

Julie est une travailleuse sociale âgée de 65 ans, qui a une quarantaine d'années d'expérience dans sa profession. Elle travaille en CLSC, dans une clinique jeunesse de Montréal. Elle rencontre régulièrement des travailleuses du sexe dans le cadre de son métier, mais il ne s'agit pas de sa clientèle principale. Son travail implique d'effectuer des suivis en lien avec la santé mentale ou de référer des patient.e.s à d'autres ressources en santé mentale.

Catherine

Catherine est âgée de 51 ans. Elle est intervenante depuis 17 ans au sein d'un organisme qui accompagne et offre des services aux travailleuses du sexe de la région de Québec. Pour sa part, elle offre des services en lien avec les aspects psychosociaux de la santé. Elle rencontre des travailleuses du sexe dans diverses situations économiques et qui travaillent dans différents milieux, comme des salons de massage ou des clubs de danse érotique, mais également des travailleuses du sexe indépendantes.

Mathilde

Mathilde est âgée de 30 ans. Elle est travailleuse de rue depuis plus de six ans au sein d'un organisme communautaire en Outaouais qui intervient auprès de personnes marginalisées afin de les orienter vers des ressources qui pourraient leur venir en aide. Elle travaille auprès de populations marginalisées, dont des travailleuses du sexe. Elle rencontre régulièrement des femmes qui font du travail du sexe, mais ces femmes ne se considèrent pas toutes comme des travailleuses du sexe. Plusieurs d'entre elles font du travail du sexe dans un contexte de survie. Les travailleuses du sexe qu'elles rencontrent sont pour la plupart dans des situations de précarité et les besoins de santé des femmes qu'elle rencontre sont souvent liés aux ITSS, à la santé mentale et à la consommation.

Chapitre 4 : La présentation et l'analyse des résultats

Ce chapitre présente l'analyse du discours des professionnel.le.s de la santé et des intervenant.e.s sociaux.ales interrogé.e.s, effectuée dans l'objectif de répondre aux questions de recherche. Tout d'abord, un portrait de la vision des participant.e.s quant à la santé des travailleuses du sexe sera présenté. Ensuite, je me pencherai sur les barrières à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe selon les participant.e.s. Puis, je présenterai les stratégies mises en place par les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s pour pallier les obstacles à l'accès aux soins. Finalement, des pistes de solutions envisageables à ces problèmes d'accès aux soins se basant sur les idées des participant.e.s seront proposées.

4.1 Portrait de la santé des travailleuses du sexe

Il semblait pertinent d'interroger les participant.e.s sur leur vision de la santé des travailleuses du sexe, afin de comparer leur vision à la littérature, de comprendre les contextes dans lesquels ces dernier.ère.s rencontrent des travailleuses du sexe et d'illustrer l'importance de l'accès aux soins pour cette population. Il est important de noter que, dans cette section, certains propos des participant.e.s s'appuient sur des stéréotypes. La littérature scientifique, telle que présentée en première partie du mémoire, nuance voire contredit en effet certains de ces propos. Certain.e.s participant.e.s insinuent, par exemple, que certains risques ou problèmes de santé qu'ils ou elles associent au travail du sexe sont inévitables, alors que le travail du sexe est un phénomène englobant différentes réalités nuancées et se prête mal aux généralisations tranchées étant donné sa complexité.

Les besoins en santé des travailleuses du sexe que rencontrent les participant.e.s dépendent du type de travailleuses du sexe qu'ils et elles rencontrent et de leurs milieux de travail ou spécialités. Plusieurs participant.e.s mentionnent que les travailleuses du sexe précarisées, comme les travailleuses du sexe de rue, ont souvent plus de problèmes de santé que les travailleuses du sexe plus aisées financièrement, puisqu'elles sont à l'intersection de plusieurs vulnérabilités qui peuvent avoir une influence sur leur santé globale. Ceci correspond à ce qui est indiqué dans la

littérature. Benoit et Shumka (2021), par exemple, rapportent que les travailleuses de rue sont souvent confrontées à de nombreuses difficultés, comme le fait de ne pas avoir de domicile fixe ou de travailler dans de mauvaises conditions sanitaires, qui peuvent les mener à des problèmes de santé. Léa, l'une des professionnelles de la santé interviewées mentionne justement que la santé est multifactorielle et que l'intersection du travail du sexe avec la précarité financière peut avoir un impact important sur la santé :

> tout ce qui est des situations précaires au niveau financier, pour moi ça te met à risque d'une condition de santé diminuée juste parce que tu as moins de possibilités de t'acheter des choses comme un meilleur logement, de la bonne nourriture, etc. Donc juste ça de base, pour moi, ça s'englobe dans la santé, la santé c'est très multifactoriel. (Léa)

Dans l'ensemble, les problèmes ou les besoins en santé des travailleuses du sexe que les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s mentionnent sont assez similaires à ceux rapportés dans la littérature. Je vais donc reprendre les trois catégories de Benoit et Shumka (2021) pour faire le portrait de la vision des professionnel.le.s qui soignent ou accompagnent les travailleuses du sexe.

4.1.1 Santé sexuelle

Les ITSS ont été mentionnées comme des risques associés au travail du sexe ou comme des problèmes de santé fréquemment observés par plusieurs participant.e.s, surtout ceux et celles qui travaillent auprès de travailleuses du sexe précarisées, comme les travailleuses de rue. Certain.e.s participant.e.s mentionnent que ce ne sont pas toutes les travailleuses du sexe qui sont plus à risques de contracter des ITSS. Les participant.e.s Nathalie et Mathieu, qui voient plusieurs types de travailleuses du sexe dans le cadre de leur travail, ont en effet mentionné que, de manière générale, les travailleuses du sexe qu'il et elle rencontrent se protègent beaucoup des ITSS et se font dépister régulièrement. Nathalie, une professionnelle de la santé, constate justement qu'une bonne partie de ses patientes travailleuses du sexe sont proactives par rapport à leur santé sexuelle.

> Parce qu'il faut comprendre, le travail du sexe est large. Moi, j'ai vu aussi des filles super bien organisées […] qui venaient me voir aux trois mois, quand il y avait des risques, qui prennent la PPE[3]. Des filles

[3] Prophylaxie post-exposition : traitement post-exposition de l'infection au VIH

> super informées, qui informent les clients, qui sont éduquées, qui font de l'enseignement, même avec leurs clients, leurs collègues. (Nathalie)

Mathieu, un infirmier qui travaille en dépistage d'ITSS, explique que, selon son expérience, ce sont les travailleuses de rue qui sont plus à risque de contracter des ITSS, car elles acceptent plus souvent des pratiques sexuelles à risque à cause de leur précarité financière et d'autres enjeux comme la dépendance. Selon lui, le taux d'ITSS pour les autres travailleuses du sexe n'est pas nécessairement plus élevé que dans la population générale. Il constate, lui aussi, qu'elles se protègent des ITSS :

> Très souvent, les filles se protègent beaucoup, beaucoup, beaucoup. Le taux d'ITSS n'est pas nécessairement plus élevé chez les travailleurs du sexe. Je te dirais, sauf les filles qui font le trottoir, où elles acceptent de faire des extras plus souvent. Parce qu'en général, si elles sont rendues là, il y a souvent des questions de la dépendance. [Elles] ont un besoin absolu de faire de l'argent, ça fait qu'elles vont accepter des conditions plus graves. Et là, il y a un peu plus de chances, selon mon expérience professionnelle, d'avoir des ITSS. (Mathieu)

Cette vision des ITSS des participant.e.s est assez représentative de ce que dit la littérature sur la santé sexuelle des travailleuses du sexe. En effet, comme il a été mentionné dans la littérature, un taux plus élevé d'ITSS que dans la population générale ne serait pas associé à tous les types de travail du sexe et des facteurs socio-structurels comme la pauvreté auraient une influence importante sur le taux d'ITSS (Benoit et Shumka, 2021 ; Bungay et al., 2023). Il semble donc logique que les participant.e.s qui rencontrent des travailleuses du sexe précarisées mentionnent que les ITSS sont des problèmes de santé qu'ils et elles constatent régulièrement chez les travailleuses du sexe, alors que ceux et celles qui rencontrent plusieurs types de travailleuses du sexe constatent une variation en fonction du type de travail du sexe et de leur aisance financière.

Les professionnel.le.s de la santé Nathalie et Mathieu ont également mentionné les vaginoses bactériennes comme autre problème de santé sexuelle que peuvent présenter les travailleuses du sexe qu'il et elles rencontrent, ce qui correspond à ce qui est mentionné dans la littérature. La vaginose bactérienne est une des infections vaginales les plus communes chez les femmes à travers le monde, mais elle serait plus fréquemment présente chez certaines populations, dont les travailleuses du sexe (Kairys et al., 2025).

Mathieu mentionne également les vaginites à levure comme problème de santé qu'il remarque chez les travailleuses du sexe qu'il rencontre, ce qui n'est pas un problème de santé associé aux travailleuses du sexe dans la littérature. Plusieurs études ont démontré qu'il n'y a pas une prévalence de vaginite à levure plus élevée chez les travailleuses du sexe que chez les autres femmes (Otero et al., 1998; Ginter et al., 1992).

4.1.2 Santé physique

La plupart des participant.e.s interrogé.e.s rapportent surtout des problèmes de santé physique chez les travailleuses du sexe plus précarisées. Leurs problèmes de santé physique sont ainsi souvent en partie associés à leur environnement ou à leur milieu de travail, selon certain.e.s participant.e.s. Plusieurs professionnel.le.s rapportent par exemple des cellulites ou des infections au niveau des sites d'injections des travailleuses du sexe qui consomment des drogues par voie intraveineuse, une réalité qui est surtout associée aux travailleuses de rue. L'infirmier Mathieu mentionne avoir souvent vu des travailleuses de rue souffrir de problèmes d'abcès et de plaies sur leur corps, ce qu'il associe à la consommation et à l'environnement de travail des travailleuses de rue, potentiellement plus qu'au travail du sexe en tant que tel :

> Les filles qui font le trottoir […] l'environnement dans la rue, c'est vraiment pas facile. Elles peuvent avoir un appartement, mais leur milieu de travail, c'est la rue. Mais souvent, ça implique de quoi. Donc, j'avais souvent vu les filles, dans ce niveau-là, avoir beaucoup de problèmes d'abcès. Ça, c'est souvent lié à la consommation aussi. Donc, plusieurs plaies sur le corps. […] La consommation, si c'est des drogues par injection, ça entraîne des problèmes de santé potentiels. Fait que, mais comme je disais, ça, il faut faire attention. Quand on parle de travailleuse du sexe, c'est quand même assez large comme spectre, ça peut couvrir plusieurs cas. Donc, je ne sais pas à tel point c'est associé au travail du sexe qu'à la consommation ou le milieu très précaire, le trottoir. (Mathieu)

Plusieurs professionnel.le.s de la santé ont donné d'autres exemples de problèmes de santé physique qu'ils et elles associent à la précarité des travailleuses du sexe qu'ils et elles rencontrent dans leur pratique. Léa, une infirmière qui travaille sur une unité de soins, mentionne que le fait de ne pas avoir un domicile fixe, ce qui est la réalité de certaines travailleuses du sexe précarisées qu'elle traite comme patientes, peut les rendre plus vulnérables à certaines maladies infectieuses qui sont traitées sur son unité :

> Ça arrive, des fois, que les travailleuses du sexe que moi j'ai sont aussi sans domicile fixe et ça ajoute des facteurs de risques à ces maladies infectieuses…(Léa)

Une autre infirmière, Sarah, mentionne qu'elle travaille dans un quartier où se retrouve une population très vulnérable. Les travailleuses du sexe qu'elle rencontre ont souvent entre autres des problèmes de toxicomanie, de douleur chronique et des blessures. Elle explique que souvent, une fois que les travailleuses du sexe arrivent au centre hospitalier où elle travaille, elles se plaignent de plusieurs problèmes ou douleurs physiques en même temps. Il est donc possible de constater que la plupart de leurs besoins en santé ne sont pas comblés.

> Ben, celui [le problème de santé] qui me vient en tête, aussi, c'est comme des douleurs chroniques. Parce que souvent, nous, on est comme un centre de crise. Fait que quand ils arrivent, tu sais, ils ont beaucoup, tu sais, comme en j'ai mal au dos, j'ai mal au ventre, j'ai mal partout, comme, tu sais, il y a... Fait que comme, ils reçoivent un peu des soins en même temps. C'est comme si le moment qu'ils sont au centre, comme tous leurs petits bobos, comme, arrivent. (Sarah)

D'autres problèmes de santé physiques, mentionnés par une autre participante, Nathalie, sont plus directement liés au travail du sexe. Cette dernière explique que, selon elle, le travail du sexe affecte toutes les sphères de la santé, dont la santé physique.

> Quelqu'un qui fait un travail du sexe ou de la marchandisation de son corps, ça vient toucher toutes les notions de sa santé. Autant physique que elle peut avoir des irritations. Elle peut avoir mal aux pieds. Elle peut être fatiguée. (Nathalie)

Les problèmes de santé physique dont parle Nathalie sont similaires à ceux rapportés par Alexander (1998) qui explique que le travail du sexe est un travail physiquement exigent qui peut être associé à plusieurs douleurs, comme mentionné dans la revue de la littérature.

Plusieurs participant.e.s ont également mentionné le risque de violence physique lié au travail du sexe. Pour plusieurs participant.e.s, ce risque de violence est favorisé par différents facteurs comme la criminalisation et la précarité, ce qui correspond à ce qui est indiqué dans la revue de la littérature. L'infirmier Mathieu mentionne l'impact de la criminalisation sur le risque de violence envers les travailleuses du sexe. Il confirme ce que dit la littérature et constate que la criminalisation du travail du sexe pousse les femmes à travailler dans des endroits plus reculés, ce qui les rend plus vulnérables à des agressions de la part de clients. Il donne l'exemple d'une de ces

patientes qui a souffert de séquelles permanentes au cou après avoir été victime de violence physique de la part d'un client.

> Les filles, étant donné que, elle, son travail n'est pas illégal, mais l'achat du service sexuel est illégal, ça entraîne souvent des gens à travailler dans des coins plus sombres, donc pas de réglementation, puis avec des gens qui peuvent être violents ou dangereux. J'ai une patiente qui s'est fait étrangler pendant. Elle a eu des séquelles permanentes au niveau du cou. (Mathieu)

Les femmes qui font du travail du sexe dans un contexte de survie du à leur grande précarité seraient particulièrement vulnérables à la violence selon certain.e.s participant.e.s. Nathalie mentionne que les femmes qui offrent des services sexuels à un partenaire en échange d'un logement sont souvent victimes de violence.

> Puis, t'sais, justement, les femmes, bien, ça arrive souvent à cette situation d'itinérance que pour dormir, bien, ils vont avoir un partenaire, t'sais. Fait que quand on parle de travail du sexe ou de marchandise, c'est plus la même... C'est plus le même rapport. C'est pas vraiment de l'argent, c'est pas comme un échange de service, c'est que ça arrive beaucoup. Puis, t'sais, ces femmes-là, elles vivent aussi beaucoup de violence. Fait que, t'sais, ça, c'est toujours à garder en tête quand tu vois quelqu'un. (Nathalie)

Ceci correspond à ce que décrivent McAleese et Schick (2018) dans leur rapport sur les besoins en matière de logement, de refuge et de sécurité des travailleuses du sexe de rue et des femmes qui font du travail du sexe de survie à Ottawa. En effet, ces auteurs mentionnent que les femmes qui font du travail du sexe de survie sont particulièrement à risque de vivre de la violence puisqu'elles doivent parfois échanger des services sexuels en échange d'un endroit où dormir et peuvent être forcées à habiter chez des partenaires violents pour ne pas se retrouver à la rue.

4.1.3 Santé mentale

4.1.3.1 Les risques de traumatismes et de détachement des émotions

Plusieurs participant.e.s ont mentionné durant les entretiens que les problèmes de santé mentale sont un enjeu auquel font face certaines des travailleuses du sexe qu'ils et elles côtoient dans le cadre de leur travail. Selon certain.e.s, les travailleuses du sexe qui sont victimes de violence physique, verbale ou sexuelle risquent de souffrir de traumatismes qui peuvent les affecter psychologiquement.

> Il y en a qui peuvent avoir, au début, en général, on parle plus d'une augmentation de l'estime de soi, de la confiance associée au travail du sexe, pour les travailleuses. Mais veux veux pas, il y a des traumatismes. (Mathieu)

> C'est souvent des gens qui sont dans une position de vulnérabilité qui se retrouvent dans le travail du sexe. Donc, c'est quand même des gens qui peuvent se mettre à risque autant pour de la violence psychologique, physique, sexuelle. Ce qui entraîne non seulement des risques physiques, mais aussi des risques sur le plan de la santé mentale. Donc, tout l'impact que ça peut avoir par la suite s'il y a des éléments traumatiques qui arrivent. (Vincent)

Catherine, une intervenante, mentionne, elle aussi, que les travailleuses du sexe peuvent vivre des traumatismes. Elle constate toutefois que même celles qui ne vivent pas de traumatisme peuvent avoir des difficultés au niveau de la santé psychologique en raison de certains aspects du travail du sexe, comme le fait d'incarner un personnage auprès de leurs clients et de se détacher de leurs émotions.

> Si la fille a vécu des traumatismes liés à son métier, des fois, la réalité, ou sans avoir vécu nécessairement de traumatismes, si la fille, ça fait 5 ans, 10 ans qu'elle a fait ça, inévitablement, ça laisse des traces. Difficulté, là, de ressentir vraiment du plaisir lors des relations sexuelles parce que c'est vécu comme un devoir, comme le métier. Juste de réhabiter son corps et de ressentir toutes les émotions qui se sont coupées parce qu'ils embarquent dans un personnage, puis ils se coupent de tout. C'est difficile pour certains professionnels de comprendre cette réalité-là. (Catherine)

La difficulté à ressentir ses émotions chez les travailleuses du sexe a également été abordée par certain.e.s chercheur.euse.s. Certaines travailleuses du sexe interrogées lors d'une étude de Parent et Bruckert (2005) effectuée au Canada avaient mentionné des difficultés similaires. Une d'elles expliquait craindre d'avoir un jour l'impression de travailler pendant une relation sexuelle intime, en dehors de son travail. Une autre mentionnait s'être endurcie après plusieurs années de travail du sexe et avoir de la difficulté à ressentir ses émotions. Ce que mentionne Catherine est donc un phénomène qui est bel et bien rapporté dans la littérature. Comte (2010) mentionne toutefois que, bien que certaines travailleuses du sexe utilisent effectivement un mécanisme de dissociation qui peut devenir pathologique pour se distancer de leurs clients, la plupart des travailleuses du sexe établissent une distanciation envers leurs clients qui se compare à celle présente dans plusieurs autres professions qui impliquent une certaine intimité, comme la médecine et la massothérapie.

4.1.3.2 Les problèmes de dépendance

La dépendance aux drogues est également un problème de santé mentale que plusieurs participant.e.s ont mentionné durant les entretiens. Encore une fois, les participant.e.s associent surtout les problèmes de consommation aux travailleuses du sexe précarisées, notamment les travailleuses de rue. Iversen et al. (2021) mentionnent justement que plusieurs travailleuses de rue font du travail du sexe pour subvenir à leur consommation et que la prévalence de l'utilisation de cocaïne, d'héroïne et de drogues injectables est élevée chez les travailleuses de rue. Mathieu avance des propos semblables.

> Il y a une certaine catégorie de filles, que ce soit des danseuses, des masseuses, des escortes, des filles qui font du trottoir, qu'elles font le travail du sexe pour payer leur consommation. Donc, dès qu'on parle de consommation, on parle de problèmes de dépendance à ce niveau-là, troubles de santé mentale (Mathieu)

4.1.3.3 Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux

Plusieurs participant.e.s ont mentionné que les travailleuses du sexe qu'ils et elles rencontrent dans le cadre de leur travail peuvent présenter des symptômes associés aux troubles de l'humeur ou à un trouble anxieux. Nathalie, par exemple, mentionne que bien que la santé sexuelle soit la raison de consultation principale des travailleuses du sexe qu'elle rencontre, ces dernières « ont aussi beaucoup d'anxiété ou dépression ». Vincent, un psychiatre, mentionne quant à lui que les travailleuses du sexe qu'il rencontre dans le cadre de son travail consultent surtout pour des troubles de l'humeur, sans que ces troubles ne soient nécessairement reliés directement au travail du sexe.

> En psychiatrie, je dirais que c'est surtout, en fait, la plupart du temps, je dirais, ce n'est pas nécessairement relié à leur travail. C'est souvent pour des raisons connexes. Donc, soit parce qu'elles sont déprimées ou ils sont déprimés, soit parce qu'il y a d'autres difficultés sur le plan de la santé mentale. (Vincent)

Selon Vincent, les travailleuses du sexe peuvent présenter certains diagnostics en santé mentale qu'il associe à leur vulnérabilité psychosociale, plus qu'à leur travail en tant que tel. Il explique que, selon lui, ce sont souvent des personnes précarisées en « position de vulnérabilité » qui se

retrouvent à faire du travail du sexe. Il associe cette précarité à plusieurs risques au niveau de la santé mentale :

> donc souvent on va avoir plus de dépression, plus d'idées suicidaires aussi qui viennent avec souvent la dépression, ou d'autres problèmes de troubles mentaux, des troubles de personnalité, des difficultés relationnelles. (Vincent)

Plusieurs études indiquent effectivement que des facteurs socio-structurels comme la pauvreté, l'environnement physique et les conditions de travail ont un effet sur la santé mentale des travailleuses du sexe et de la population générale (Puri et al., 2017) .

Dans l'ensemble, les problèmes de santé sexuelle, de santé physique et de santé mentale évoqués par les différent.e.s participant.e.s correspondent assez fidèlement à ceux indiqués dans la littérature. De plus, la plupart des participant.e.s constatent l'influence de différents facteurs socio-structurels comme la précarité et la criminalité sur les problèmes de santé des travailleuses du sexe.

4.2 Les barrières à l'accès aux soins

Les entretiens avec les intervenant.e.s et les professionnel.le.s de la santé révèlent des barrières à l'accès aux soins causés par 1) une inadéquation entre différents aspects du système de santé québécois et la réalité des travailleuses du sexe 2) la stigmatisation 3) sa criminalisation.

4.2.1 L'inadéquation entre différents aspects du système de santé québécois et la réalité des travailleuses du sexe

Le cadre de Levesque et al. (2013), décrit dans le chapitre sur le cadre théorique, permet d'analyser les propos des participant.e.s quant aux barrières à l'accès aux soins. Les propos des participant.e.s illustrent bien que ces barrières s'expliquent à la fois par des dimensions liées au système de santé (l'offre) et des dimensions liées à la population en question (la demande), soit les travailleuses du sexe, ce qui correspond à la vision de Levesque et al. (2013), qui conçoivent l'accès aux services de santé comme le résultat de l'interaction entre les déterminants liés aux caractéristiques des individus et ceux liés aux caractéristiques des services.

4.2.1.1 Difficultés avec la prise de rendez-vous et les suivis médicaux

Comme mentionné dans le chapitre sur le cadre théorique, Levesque et al. (2013) présentent des dimensions de l'accessibilité liées à la demande qui correspondent à des dimensions de l'accessibilité liées à l'offre. Ces dimensions interagissent, s'influencent entre elle et représentent des facteurs facilitants ou des barrières à l'accès aux soins. Les participant.e.s interviewé.e.s au cours de la recherche ont mentionné des exemples de barrières à l'accès qui peuvent être analysées en fonction des dimensions proposées par Levesque et al. (2013), qui ont été expliquées dans le cadre théorique. Les dimensions qui permettent d'expliquer les difficultés avec la prise de rendez-vous et les suivis médicaux sont la capacité de la population à atteindre les services et la disponibilité et les accommodements des services aux caractéristiques de la population.

4.2.1.1.1 La capacité des travailleuses du sexe à atteindre les services

Les horaires de travail atypique des travailleuses du sexe :

Plusieurs participant.e.s ont mentionné que, souvent, les horaires des cliniques médicales ne conviennent pas à l'horaire de travail des travailleuses du sexe. Mathieu, par exemple, explique que les travailleuses du sexe ont rarement des horaires de travail stables. Elles travaillent souvent durant la nuit et vont donc dormir durant la journée, ce qui rend très difficile pour elles de se présenter à des rendez-vous durant la journée. Or, pour un bon nombre de services de santé, les rendez-vous sont uniquement disponibles en journée. Comme l'indique l'infirmier Mathieu :

> le milieu du travail du sexe est un milieu qui est plus chaotique, qui se prête mal au 9 à 5 et aux prises de rendez-vous. Mathieu

En appliquant le cadre conceptuel de Levesque et al. (2013) aux propos de Mathieu, on comprend que l'horaire de travail instable des travailleuses du sexe, un élément influençant la capacité des travailleuses du sexe à accéder à des services, et les heures d'ouverture des services, un élément influençant la disponibilité des services, interagissent afin de créer une barrière à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe. Les propos de Mathieu illustrent ainsi l'impact de l'interaction entre une dimension de la demande, la capacité à accéder aux services, et une dimension de l'offre, la disponibilité des services, sur l'accès aux soins des travailleuses du sexe.

Les propos de Mathieu viennent aussi rejoindre ceux de Squires (2024) qui explique que bien que la disponibilité des services puisse être une difficulté d'accès aux soins pour la population générale, certains aspects spécifiques au travail du sexe, comme leur horaire de travail, dans le cas présenté par Mathieu, font de la disponibilité limitée des services un obstacle particulièrement important pour cette population.

Mathieu ajoute que pour les travailleuses du sexe précarisées, l'instabilité des horaires de travail est un enjeu d'accès aux soins encore plus important. En effet, pour les travailleuses du sexe en situation de précarité financière, il peut être encore plus difficile de prendre un rendez-vous médical, car leur situation financière fait qu'elles ne peuvent se permettre de refuser un client pour aller chez le médecin, par exemple. Il est donc plus difficile pour ces travailleuses du sexe de planifier un moment pour obtenir des services de santé et de se présenter à un rendez-vous que pour les travailleuses du sexe plus aisées, qui ont plus chance d'avoir la possibilité de refuser un client et donc pour qui l'instabilité des horaires de travail est un enjeu moins important. Ainsi, l'intersection des rapports de pouvoir dans lesquels sont prises certaines travailleuses du sexe vivant en situation de pauvreté vient empirer leur difficulté d'accès à des rendez-vous médicaux.

> Quand tu as un horaire un petit peu atypique, tu ne le sais jamais quand il y a quelqu'un qui va t'appeler, tu ne peux pas manquer nécessairement l'option. Fait que tu prends un rendez-vous chez le médecin, puis là, tu as un client qui t'appelle à ce moment-là. Bien, fuck ton rendez-vous chez le médecin. (Mathieu)

Ces propos viennent rejoindre ceux de Levesque et al. (2013), qui indiquent que l'incapacité d'un individu à s'absenter de son travail pour obtenir des soins influence négativement sa capacité à accéder à des services.

<u>Les déplacements des travailleuses du sexe :</u>

L'infirmier Mathieu mentionne qu'une des difficultés qu'il a rencontrées à quelques reprises au cours de sa carrière concernant l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe est leurs déplacements. Selon lui, beaucoup de travailleuses du sexe se déplacent souvent. Elles vont parfois sortir du Québec et visiter d'autres provinces, soit pour suivre une agence qui se déplace, ou parce

qu'elles croient pouvoir faire plus d'argent ailleurs, par exemple. Ceci rend difficiles les suivis et la continuité du traitement.

> Ça fait que tu viens me voir aujourd'hui, demain, tu es rendu en Alberta. Je t'appelle en Alberta. Oui, tu as la chlamydia. Il va falloir te traiter, ma prescription n'est pas valide en Alberta. Donc, un, la rejoindre, le téléphone, nous, il fonctionne, mais des fois, ça ne fonctionne pas. Ça fait qu'au niveau de la mobilité comme ça, c'est arrivé à plus qu'une reprise que soit on n'était plus capable de la suivre ou soit que le traitement a été compliqué à faire, à envoyer, à *dealer* avec. (Mathieu)

<u>Les difficultés avec les suivis liées à la précarité pour les travailleuses du sexe de rue :</u>

Certaines difficultés avec les suivis médicaux seraient liées à la précarité des travailleuses du sexe de rue. L'infirmière Sarah explique que les travailleuses de rue sont souvent en situation de grande précarité financière et ont parfois aussi des problèmes de consommation. Selon Sarah, le quotidien de ces femmes est grandement imprévisible et leurs besoins de base ne sont pas comblés. Elles n'ont donc souvent pas le temps de se présenter à leur rendez-vous de suivi. De plus, certaines sont plus désorganisées et ont de la difficulté à aller chercher leurs médications, car elles ont besoin de documentation pour y avoir accès gratuitement et il arrive qu'elles perdent ou oublient cette documentation.

> Je pense qu'ils vivent tellement de choses dans leur quotidien, t'sais, ils sont majoritairement, ils sont en mode survie, ils n'ont pas le temps de penser d'aller prendre le rendez-vous là, t'sais, ils ont tellement dans le quotidien. Pis en plus, quand il y a des problèmes de consommation pis t'sais, ils sont high, t'sais, ils n'ont pas le temps de penser de faire leur suivi à leur santé parce que justement, ils survivent à l'extérieur…. Je pense pas que c'est de la lâcheté genre zéro zéro zéro. (Sarah)

Comme illustré dans l'extrait précédent, Sarah indique qu'elle ne croit pas que les difficultés en lien avec les suivis médicaux sont dues à un manque de volonté ou à une lâcheté de la part des travailleuses de rue, mais bien à leurs conditions de vie.

Plusieurs participant.e.s ont mentionné que les cliniques de type « sans rendez-vous » sont des services beaucoup plus adaptés à la réalité des travailleuses du sexe, surtout celles qui sont précarisées, étant donné leur flexibilité, mais qu'il s'agit d'un type de service qui tend à disparaître. Mathieu indique justement avoir eu des patientes plus précarisées par le passé pour qui prendre un rendez-vous était presque impossible, dû à l'instabilité de leurs horaires de travail et de leurs

déplacements. Pour ces patientes, il faut absolument des plages horaires de type sans rendez-vous, afin qu'elles puissent venir immédiatement si elles en ont besoin.

> Ça fait que les personnes qui vivent dans un environnement, qui font le travail du sexe, dans un environnement précaire, c'est ici, maintenant que ça se passe. Puis ça, ça ne fonctionne pas dans notre système de rendez-vous encore. Ça fait que ça prend du sans rendez-vous. Moi, je me tourne les pouces, puis s'il y a quelqu'un qui vient, je vais lui donner son service. Puis s'il n'y a personne qui vient, j'ai été là quand même, tu sais. Mais si je fonctionne par rendez-vous, elle ne viendra jamais. (Mathieu)

Le manque de flexibilité de plusieurs aspects du système de santé est un élément qui a été mentionné par de nombreux participant.e.s durant les entrevues.

4.2.1.1.2 La disponibilité et les accommodements des services aux caractéristiques de la population

4.2.1.1.2.1 Les moyens de communication pour la prise de rendez-vous et les suivis médicaux

Plusieurs professionnel.le.s de la santé mentionnent que le téléphone n'est pas un bon moyen de communication pour rejoindre les travailleuses du sexe. Plusieurs raisons liées à leur proxénète, à leur consommation de drogues ou à leur précarité expliquent la difficulté qu'ont certaines travailleuses du sexe à accéder à un téléphone :

> Il y en a que je sais que c'est comme leur *pimps* qui ont leur téléphone, ou soit qu'il y a des personnes qui ont accès à leur localisation, fait qu'ils ne veulent pas utiliser ce téléphone-là. Puis ça arrive, des fois, qu'ils *blackout*, fait qu'ils ont perdu leur téléphone, ou souvent, il y en a un, mais ils n'ont pas de ligne. Fait que, probablement, c'est un aspect financier. (Sarah)

Nathalie ajoute que la plupart des travailleuses du sexe qu'elle rencontre n'aiment pas utiliser leur ligne téléphonique pour assurer la prise de rendez-vous et les suivis, puisqu'elles reçoivent déjà beaucoup d'appels en lien avec les réservations de leurs clients. Or, les lignes téléphoniques seraient le moyen de communication privilégié à travers plusieurs organisations du système de santé, ce qui rendrait plus difficile de communiquer avec les travailleuses du sexe. Sarah explique qu'il existe d'autres moyens de communiquer avec les travailleuses du sexe, mais qu'il y a un manque de flexibilité pour les moyens de communication au sein du système de santé. Elle mentionne que les travailleuses du sexe qu'elle rencontre arrivent souvent à communiquer sur la plateforme *WhatsApp,* qui permet d'envoyer des textos même sans avoir une ligne téléphonique.

Ainsi, même si des moyens de communication avec les travailleuses du sexe existent, l'organisation du système de soin ne permet pas d'adapter les procédures concernant la communication à cette population.

> je sais pas comment l'exprimer, mais le système est comme pas débrouillard. Comme ils s'adaptent pas à la personne pis ils vont pas chercher plus loin. À essayer de la contacter pour la prise des rendez-vous. (Sarah)

> tu sais, ils ont WhatsApp, ils ont des moyens de communication, c'est juste que le système de santé n'est pas adapté. (Sarah)

Levesque et al. (2013) mentionnent justement que les procédures de contact sont un élément influençant la dimension de la disponibilité et des accommodements des services aux caractéristiques de la population. Les propos de Sarah illustrent bien l'incapacité du système à s'accommoder aux moyens de communication préférés par les travailleuses du sexe, ce qui peut ultimement nuire à leur accès aux soins. On remarque donc, encore une fois, comment l'interaction entre les caractéristiques de la population et celles du système de santé vient créer une barrière à l'accès aux soins, comme décrit dans le cadre de Levesque et al. (2013).

<u>4.2.1.1.2.2 Les difficultés de suivis médicaux dues à la fermeture rapide des dossiers et à l'incapacité du système de répondre à la demande</u>

Alors qu'avoir accès à un téléphone pour prendre un rendez-vous de suivi peut être très difficile pour une travailleuse du sexe, l'infirmière Sarah mentionne que les dossiers des patient.e.s se ferment très rapidement au centre hospitalier où elle travaille. Ainsi, si une travailleuse du sexe met plusieurs jours à trouver un téléphone pour confirmer un rendez-vous de suivi par téléphone, il est possible que son dossier soit déjà fermé. Selon cette infirmière, peu d'efforts sont déployés pour essayer de contacter la patiente par un autre moyen que le téléphone pour assurer un rendez-vous de suivi :

> Fait que souvent, il y a comme une perte de rendez-vous, pis souvent, ils vont essayer d'appeler trois fois [à la suite d'une visite à l'urgence] pis deux jours après […] si elles [les patientes] ne répondent pas, ils ferment le dossier (Sarah)

Sarah semble vivre une certaine frustration par rapport au manque de considération pour la réalité de certaines patientes au sein du système de santé. Elle explique que, la plupart du temps, elle n'est pas avisée lorsqu'il y a des difficultés à rejoindre une travailleuse du sexe. Elle est souvent seulement avisée une fois que le dossier est fermé, alors qu'elle arrive souvent à rejoindre les travailleuses du sexe, puisqu'elle prend le temps d'essayer d'autres moyens de communication que le numéro de téléphone au dossier. Lorsqu'elle arrive à rejoindre une travailleuse du sexe, elle doit contacter l'organisation qui avait fermé le dossier pour demander à ce qu'il soit réouvert.

> il y a pas de considération dans le sens que, comme, t'sais, ils nous envoient un courriel pour nous dire que le dossier est fermé. Pas genre : avez-vous réussi à la rejoindre? C'est moi qui faut qui appelle […] le GAP pis je suis comme : non, comme, on ne ferme pas le dossier. Mais t'sais, comme, c'est comme un *ostinage*. (Sarah)

Malgré ses efforts, les pertes de suivi auprès de patientes se produisent souvent. Selon elle, les difficultés de suivi s'expliquent en partie par le fait que l'organisation du système de santé n'est pas en mesure de répondre à la demande et aux besoins des usagers, notamment lorsqu'il est question de services sociaux et de santé pour les victimes d'agressions sexuelles, un type de service dans lequel elle travaille et où elle rencontre souvent des travailleuses du sexe. Elle constate notamment un manque de personnel :

> ils s'attendaient pas à autant de demandes de suivi. Fait que là, comme le manque de personnel, on n'a pas été préparé à la demande de services, fait que c'est juste un gros bordel. (Sarah)

Levesque et al. 2013 mentionnent que l'incapacité d'un système à offrir des services est un facteur lié à la dimension de la disponibilité et des accommodements des services aux caractéristiques de la population qui crée des barrières à l'accès aux services. Les propos de Sarah démontrent, à travers l'exemple de la fermeture rapide des dossiers, un manque d'accommodation à la réalité des travailleuses du sexe pour qui l'accès à un téléphone peut être difficile. Cette incapacité d'accommodation à la réalité des travailleuses du sexe, causée selon Sarah par des problèmes organisationnels comme le manque de personnel et la surcharge du système, cause justement une indisponibilité des services qui devraient assurer des suivis médicaux, pour les travailleuses du sexe dont les dossiers sont fermés trop rapidement.

4.2.1.1.3 Résumé des difficultés avec la prise de rendez-vous et avec les suivis médicaux

En appliquant le cadre de Levesque et al. (2013), on constate que les difficultés avec la prise de rendez-vous et avec les suivis médicaux sont expliquées par l'interaction entre la dimension liée à la disponibilité et aux accommodements des services aux caractéristiques de la population, qui comprend les horaires peu flexibles des services de santé, les moyens de communication peu adaptés de ces services et l'incapacité des services à répondre à la demande, et la dimension liée à la capacité des travailleuses du sexe à atteindre ces services, qui comprend l'horaire de travail atypique des travailleuses du sexe, leurs déplacements et leurs conditions de vie (précarité, accès au téléphone).

4.2.1.2 L'inadéquation entre l'offre de service et les besoins des travailleuses du sexe qui nuit à la prévention en santé

Vanmeerbeek et al. (2015) expliquent que, bien que ce qui est inclus dans le concept de prévention en santé varie selon les auteurs qui l'utilisent, il existe quatre niveaux de prévention dans le domaine des soins primaires. Le premier niveau consiste à prévenir la survenue d'une maladie, le deuxième niveau consiste au dépistage précoce, le troisième consiste à éviter les complications et le quatrième niveau consiste à éviter la surmédicalisation.

En analysant le discours des participant.e.s, il est possible de constater plusieurs barrières empêchant les travailleuses du sexe d'accéder à des ressources de première ligne et à prioriser la prévention en santé, surtout en ce qui concerne le dépistage précoce et l'évitement des complications. Encore une fois, le cadre conceptuel de Levesque et al. (2013) éclaire notre compréhension de ces barrières. Les dimensions de la disponibilité et des accommodements des services aux caractéristiques de la population, de la facilité d'approche des services, de l'acceptabilité des services, de la capacité à s'engager et à s'impliquer dans un traitement et de la pertinence des services permettent de mieux comprendre en quoi l'accès à des services de prévention en santé peut être un défi pour les travailleuses du sexe.

4.2.1.2.1 L'offre de service limitée liée au manque de ressources de premières lignes et au manque de services spécialisés

4.2.1.2.1.1 La disponibilité et les accommodements des services aux caractéristiques de la population

L'offre de rendez-vous limitée dans les cliniques de santé sexuelle

Sachant que certaines travailleuses du sexe, comme les travailleuses de rue, ont un risque élevé de contracter des ITSS (Benoit et Shumka, 2021), les services de santé sexuelle sont des services de première ligne sur lesquels il semble important de se pencher. Selon plusieurs participant.e.s, le nombre limité de rendez-vous disponibles dans les cliniques de santé sexuelle peut être un obstacle à l'accès aux soins. Cet obstacle ne s'applique évidemment pas seulement aux travailleuses du sexe, mais comme elles ont un horaire atypique, qui convient mieux aux cliniques sans rendez-vous, et que les cliniques sans rendez-vous sont de plus en plus rares selon plusieurs participant.e.s, il est pertinent de mentionner que l'offre limitée de places dans les cliniques de santé sexuelle est un élément qui peut nuire à leur accès à ces services. Nathalie explique que lorsqu'elle a commencé à travailler à son lieu de travail actuel, elle a constaté un grand besoin de la population en santé sexuelle. Elle constate que les ressources actuelles ne permettent pas de combler ces besoins.

> Moi, quand j'étais arrivée là […] j'ai quasiment fait ça pendant 6 mois, là, des pap test, de l'ITSS, de la PrEP[4], t'sais, les gars qui veulent prendre la prophylaxie... Ça a rentré, là, t'sais, il y avait vraiment des besoins, puis c'est pas comblé, là, t'sais. Il y a pas assez de gens... En tout cas, en CLSC, je trouve, là, t'sais, il y a pas assez d'accès à ça. (Nathalie)

Julie, qui travaille dans une clinique jeunesse où sont offerts des services de santé sexuelle, mentionne, elle aussi, que le nombre limité de rendez-vous disponibles peut être un obstacle à l'accès aux soins :

> Mais je pense que les limites d'accès dans un endroit comme ici, c'est les limites pour tout le monde. Il y en a pour elles [les travailleuses du sexe] aussi parce que des fois, les rendez-vous sont pris. On n'a pas de plages à l'infini. On ne fait plus de sans rendez-vous, mais ils peuvent chaque jour s'installer dans… Il reste deux plages chaque jour pour les cas symptômes, symptomatiques. Fait qu'il y a toujours possibilité, mais ça a quand même une limite d'accès. Tu sais on n'est pas …On a juste un infirmier, l'autre est en arrêt de travail. On aurait trois infirmières, quatre infirmières, cinq infirmières. Ça se

[4] La prophylaxie préexposition : un traitement préventif contre le VIH.

> remplirait. Ça se saurait. Je pense. Je dis ça. Peut-être que j'exagère. Mais au moins trois. Je pense que trois, c'est sûr que ça se remplirait (Julie)

De plus, l'offre de service en santé sexuelle peut être encore plus limitée en région. En effet, dans certaines régions éloignées des grandes villes comme Montréal et Québec, il y a peu de cliniques de santé sexuelle. Mathilde, une intervenante, donne l'exemple de l'Outaouais où il n'y a que deux cliniques de santé sexuelle pour toute la région, dont une pour laquelle les heures d'ouverture sont très limitées.

> en Outaouais, on avait une clinique santé sexuelle, elle a fermé. Il y en a une autre qui a réouvert, mais par contre, tu sais, ses heures sont vraiment limitées. Encore là, c'est pas accessible. Puis là, t'as la clinique communautaire qui commence, là, tu sais, fait que, les soins en santé sexuelle en Outaouais sont limités. (Mathilde)

Une autre intervenante, Catherine, mentionne que loin des grands centres urbains, il existe peu d'organismes qui offrent des services en santé sexuelle. Cette dernière explique que plusieurs travailleuses du sexe ne peuvent donc pas se faire dépister et vont uniquement consulter une fois qu'elles ont des symptômes :

> Ce qui va arriver, c'est que les filles [loin des grands centres urbains] ne se feront pas dépister, carrément. Puis, quand elles vont consulter, bien, c'est parce qu'il y a des symptômes, puis c'est rendu assez loin, là. (Catherine)

Les témoignages de ces participantes révèlent que l'accès à des services de santé sexuelle peut être difficile pour la population générale étant donné l'offre limitée de service. Cependant, pour les travailleuses du sexe dont l'horaire de travail est atypique, il peut s'avérer encore plus difficile d'avoir recours à ces services. L'accès à ces services peut aussi être réduit davantage pour les travailleuses du sexe en région, où l'offre de ces services est encore plus limitée, comme le mentionnent Catherine et Mathilde. Ceci correspond aux propos de Levesque et al. (2013) qui mentionnent que l'accessibilité des soins est limitée si les services ne sont pas répartis de manière égale sur un territoire. Les propos des participant.e.s illustrent ainsi une barrière à l'accès aux soins liée à la dimension de la disponibilité et des accommodements des services aux caractéristiques de la population.

4.2.1.2.1.2 Le manque de ressources spécialisées pour les travailleuses du sexe : facteur lié à la dimension de la disponibilité et à la dimension de l'acceptabilité des services de Levesque et al. (2013)

Le manque de ressources de santé spécialisées envers les travailleuses du sexe fut soulevé par plusieurs participant.e.s lors des entrevues. Les ressources spécialisées, comme certains organismes communautaires ayant comme clientèle cible les travailleuses du sexe, sont importantes, puisqu'elles offriraient un service plus adapté à la réalité des travailleuses du sexe selon plusieurs participant.e.s. Par exemple, les horaires des rendez-vous peuvent être plus adaptés à celui des travailleuses du sexe.

> Quand j'étais dans les organismes communautaires, c'était le soir que je faisais mes dépistages. Jusqu'à onze heures, minuit des fois. [...] Fait que des fois, ça peut être plus facile pour elles d'avoir accès à des services de santé dans des heures atypiques, ce qui n'est pas offert, ici. Le CLSC, la porte, elle ferme à 5 heures en bas. (Mathieu)

Catherine, qui travaille dans un organisme communautaire spécialisé envers les travailleuses du sexe mentionne également plusieurs avantages associés à ce type de service. Premièrement, elle mentionne que l'organisme pour lequel elle travaille se déplace dans les milieux de travail des travailleuses du sexe pour offrir des services de dépistage, ce qui facilite grandement l'accès à ce service. De plus, elle explique que les professionnel.le.s qui travaillent au sein de ces organisations sont familier.ère.s avec le travail du sexe. Les travailleuses du sexe n'ont donc pas besoin de constamment expliquer les difficultés qu'elles vivent, puisque les intervenant.e.s et les professionnel.le.s comprennent leur réalité. Il est donc plus facile pour ces femmes d'être à l'aise et de se sentir écoutées lorsqu'elles consultent dans des organisations spécialisées.

> Bien, j'ai beaucoup entendu des femmes, […] qui font une recherche de professionnels, puis qui ont de la difficulté à trouver, parce que les professionnels ne comprennent pas la réalité du travail du sexe. Fait que là, ils sentent qu'il faut qu'ils expliquent. Fait qu'il faut que, c'est comme avec moi, *mettons*, bien, elle n'a pas besoin d'expliquer tout son métier, parce que je connais le métier, je sais ce que c'est, je sais ce que ça implique dans toutes les sphères de sa vie. Tandis que là, si elle fait affaire avec un professionnel qui ne connaît pas ça, il faut tout qu'elle explique. Puis des fois, bien, le reflet qu'elle a, bien, c'est qu'elle ne se sent pas tout à fait comprise […]. Ça empêche d'être totalement vraie à 100%, là, pour les filles. (Catherine)

Les propos de Catherine et de Mathieu démontrent bien l'importance des services spécialisés. Ce que mentionne Catherine, concernant le manque de connaissance sur le travail du sexe des

professionnel.le.s dans les ressources de santé qui ne se spécialisent pas sur le travail du sexe, fait écho aux propos de Johnson et al. (2023), qui expliquent que les services sociaux et de santé généraux (*mainstream*) connaissent souvent peu le travail du sexe et ne sont souvent pas adaptés aux besoins des travailleuses du sexe.

Bien qu'il existe quelques organismes qui s'adressent spécifiquement aux travailleuses du sexe, Mathieu indique que l'offre des services de santé de ces organismes est limitée.

> mais il existe des services… Oui, plus spécialisés…plus spécialisés pour ça. L'offre, elle est juste, par contre, limitée. De la même façon, les organismes communautaires. Un des principaux organismes communautaires pour les travailleuses du sexe à Montréal, je pense que c'était le mardi soir qu'il y avait une infirmière qui allait faire trois dépistages par jour. Pas la grosse affaire. (Mathieu)

Les organismes communautaires dépendent souvent de subventions du gouvernement et, selon plusieurs participant.e.s, avec plus de subventions, les organismes seraient en mesure de mieux répondre à la demande.

> Ça aussi, on est toujours en train de faire des demandes de subventions pour assurer, tu sais, des salaires d'intervenants, pour pouvoir justement répondre aux besoins de la clientèle, là. Fait que oui, c'est sûr que si on avait plus d'argent, on pourrait en faire plus. (Catherine)

De plus, ces organismes se situent surtout près des grandes villes comme Montréal ou Québec, mais dans plusieurs régions, il n'y a pas d'organisme qui se spécialise sur le travail du sexe. Selon Mathilde, une intervenante qui travaille en région, les travailleuses du sexe de sa région n'ont pas d'endroit où elles peuvent se sentir en sécurité, surtout pour aller chercher des services d'aide psychologique. Il est donc difficile pour ces femmes de trouver un endroit où elles sont à l'aise de parler de leur travail du sexe.

> Puis, tu sais, même juste un suivi avec un psychologue ou une thérapeute, tu sais, par rapport à ce qu'il y a, tu sais, en Outaouais, on n'a pas non plus les services style Stella ou Catwoman. Puis, on a un service plus style *abolo* [abolitionniste]. Fait que, tu sais, il n'y a pas non plus ce lieu-là de sécurité, là, pour les femmes. (Mathilde)

> comme je disais, là, tu sais, on n'a pas un service de soutien auprès des travailleuses du sexe en Outaouais. Et, tu sais, c'est pas aussi facile, aussi, de le nommer, là, tu sais. Je suis travailleuse du sexe, j'ai besoin de soutien parce que j'ai vécu un trauma difficile avec un client, tu sais. (Mathilde)

Les propos des participant.e.s indiquent que les services spécialisés semblent être en mesure de se montrer plus flexibles dans leur mode de prestation des services. L'adaptation aux horaires et l'offre de service dans les milieux de travail des travailleuses du sexe sont de bons exemples de cette flexibilité dans les modes de prestation des services qui peuvent être un facteur facilitant associé à la disponibilité des services dans la conception de Levesque et al (2013). Cependant, l'offre limitée de ces services, surtout en région, peut également être vue comme une barrière à l'accès aux soins liée à la dimension de la disponibilité des services. Autrement dit, les services spécialisés sont des services qui peuvent favoriser l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe, mais il manque de services de ce type en région et, même en ville, ces services n'ont pas toujours la capacité de répondre à la demande.

Les propos des participant.e.s peuvent aussi être analysés sous l'angle de la dimension de l'acceptabilité des services. Mathilde et Catherine expliquent que, dans les services de santé qui s'adressent à la population générale, les travailleuses du sexe n'ont pas d'endroit où elles se sentent en sécurité de parler de leur réalité ou encore que les professionnel.le.s ne comprennent pas leur réalité. Levesque et al (2013) expliquent que pour qu'un service soit accepté par les individus, ces derniers doivent juger le service comme étant approprié à leur besoin, ce qui ne semble pas être le cas dans les services de santé généraux, les travailleuses du sexe trouvant difficile de nommer leur réalité dans ces services ou se sentant incomprises par les professionnel.le.s de la santé qui travaillent dans ce type de services.

4.2.1.2.1.2.1 La facilité d'approche des services spécialisés

Plusieurs professionnel.le.s de la santé interviewé.e.s connaissent bien les organismes pour les travailleuses du sexe et mentionnent y référer leurs patientes. Par contre certain.e.s professionnel.le.s de la santé mentionnent ne pas connaître ce genre de ressource et donc ne pas être en mesure d'y diriger les travailleuses du sexe.

> Pis même moi, tu sais, je connais pas tous les services pour les travailleurs sexes en particulier, parce qu'on, comme j'ai appris un peu sur le tas. J'ai pas de formation, je connais pas les services précis pour eux. Fait que comme même si je voudrais, comme je l'ai pas, l'information pour leur donner » (Sarah)

> « Moi j'ai quand même étudié pas mal et je ne suis pas au courant d'un service spécialisé qui existerait, je ne sais pas si ça existe. Donc si moi qui travaille dans le système et qui y œuvre depuis 4 ans, qui a des études universitaires ne sais pas si ça existe, je ne sais pas si elles savent. C'est sûr elles ont plus de chances peut-être parce qu'elles se font proposer des services, mais s'il y en a un, est ce qu'elles savent que ça existe? Je ne sais pas. (Léa)

Selon Levesque et al. (2013), les informations disponibles concernant les services sont un facteur qui influence la facilité d'approche de ces services. Les témoignages de Léa et de Sarah semblent indiquer qu'il existe, au sein du système de la santé, un manque d'information concernant les organismes spécialisés pour les travailleuses du sexe, ce qui peut donc nuire à leur facilité d'approche. En effet, le manque de connaissance sur ses services empêche certain.e.s professionnel.le.s de faire de la sensibilisation auprès des travailleuses du sexe et de distribuer l'information sur ces services aux travailleuses du sexe.

4.2.1.2.1.3 Conclusion sur l'accès aux ressources de première ligne et aux services spécialisés

Selon l' Institut canadien d'information sur la santé (2024), les soins de première ligne fournissent des services qui répondent à plusieurs besoins des Canadien.ne.s, dont le dépistage et la prévention des problèmes de santé. Les personnes qui n'ont pas accès à des soins de première ligne présenteraient un taux plus élevé de maladies évitables (Institut canadien d'information sur la santé, 2024). L'accès aux ressources de première ligne est donc très important pour la santé des populations. Malheureusement, parce que l'accès aux ressources de première ligne est limité, et pour d'autres raisons qui seront expliquées dans les paragraphes suivants, plusieurs travailleuses du sexe ne consultent qu'en cas d'urgence, lorsque leurs problèmes de santé sont graves. Elles se retrouvent ainsi à l'urgence où les chances d'être victime de stigmatisation sont plus grandes selon plusieurs participant.e.s.

4.2.1.2.2 La capacité des travailleuses du sexe précarisée à s'engager et à s'impliquer dans un traitement et la pertinence des services offerts

Plusieurs participant.e.s mentionnent que pour les femmes en situation de grande précarité et/ou en situation d'itinérance, le travail du sexe peut être un moyen de survie. Les besoins de base de ces femmes, comme avoir un endroit où se loger, de quoi se nourrir et de quoi se vêtir, peuvent ne pas être comblés. Il devient alors difficile pour elles de diriger leur attention vers autre chose que

ces besoins de base. Comme l'explique Nathalie, différents aspects de leur santé, comme le dépistage en santé sexuelle par exemple, ne sont pas une priorité pour ses femmes.

> Puis pour avoir suivi des gens qui vivent en situation d'itinérance, bien, ce qui arrive, c'est que leurs besoins, c'est pas nécessairement le dépistage puis le counseling en santé sexuelle ou de … t'sais, c'est manger, c'est avoir des bottes chaudes, c'est savoir où ils vont dormir ce soir. (Nathalie)

Ces femmes ne vont souvent pas consulter à moins que leurs problèmes de santé dégénèrent et deviennent une urgence, car leur situation économique ne leur permet pas de mettre leur santé en priorité. Autrement dit, leur quotidien difficile ne leur permet pas de porter attention à la prévention des problèmes de santé ou même au traitement de leurs problèmes de santé qui ne sont pas encore urgents, afin d'éviter les complications. Mathilde, qui est intervenante auprès de femmes marginalisées dont plusieurs font du travail du sexe de survie, mentionne justement que les femmes dans des situations de pauvreté n'ont pas le choix de se concentrer sur leur survie plutôt que sur leur santé globale.

> Pis, tu sais, [elles] ont, malheureusement, d'autres priorités, [celles] qui sont en survie, tu sais. Fait que d'aller consulter, d'attendre combien de temps, mettons, à l'urgence, pour ensuite se faire questionner, pour ensuite, tu sais. Fait qu'ici, ben, je suis mieux de, tu sais, faire ce que j'ai à faire aujourd'hui pour survivre, pis remettre ça à un autre tantôt. (Mathilde)

Mathilde ajoute que, selon elle, au sein du système de santé, on met beaucoup d'emphase sur les services qui sont offerts, mais pas assez d'emphase sur ce qui empêche les femmes d'avoir recours à ces services, comme la précarité de ces femmes ou encore la violence dont elles peuvent être victimes.

> on est beaucoup, là, je trouve, une approche plus motivationnelle, où est-ce que c'est comme, on va t'offrir des services, par contre, c'est toi qui faut que tu ailles les chercher […]. Tandis que, comme, on garde, justement, des aspects de sa vie, qui font en sorte que, ben, la personne ne peut pas nécessairement aller vers cette aide-là. (Mathilde)

Mathilde donne l'exemple des femmes précarisées, qui vivent dans un environnement où elles sont régulièrement victimes de violences sexuelles ou physiques, qui ne vont plus consulter à la suite d'une agression, car elles se disent que de toute façon elles seront à nouveau victimes de violence.

> moi, je porte ce bagage-là, ce qu'elle me parle pis je suis comme : "veux-tu aller voir un infirmier, veux-tu aller te faire checker ?" Pis elle est comme : "non, ça va donner quoi, t'sais, je vais juste me faire revioler, mettons, la semaine prochaine". Pis je suis comme : "Il est où, le soutien auprès de ces femmes-là, t'sais?". (Mathilde)

La dimension de la pertinence de Levesque et al (2013), fait référence à l'adéquation entre les besoins des individus et les services offerts. Or, les propos de Mathilde et de Nathalie illustrent bien une inadéquation entre les besoins des travailleuses du sexe précarisées et/ou victimes de violence et les ressources qui leur sont offertes. Offrir plus de ressources en santé n'est pas suffisant si on ne fait rien pour sortir les femmes de la précarité qui les maintient dans des environnements violents et les empêche d'accéder à ces ressources. La précarité de certaines travailleuses du sexe et la violence dont elles peuvent être victimes les empêchent de s'engager dans un processus de soin. Les propos de Mathilde et Nathalie illustrent ainsi des barrières liées à la dimension de la pertinence des soins et à la dimension de la capacité à s'engager et à s'impliquer dans un traitement. Les témoignages nous permettent encore une fois de constater l'interaction entre les caractéristiques d'une population, les travailleuses du sexe précarisées, et celle du système de soins.

<u>4.2.1.2.2.1 L'évitement des soins, un facteur lié à la dimension de l'acceptabilité des services</u>

Selon plusieurs participant.e.s, la stigmatisation du travail du sexe au sein de la société peut nuire à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe puisqu'elle peut mener à une crainte de la stigmatisation en milieu médical. Selon certain.e.s participant.e.s, les travailleuses du sexe peuvent avoir peur de ce qui peut se passer lorsqu'elles vont chercher des services de santé.

> Je pense que, puisque les travailleurs du sexe doivent le ressentir, cette stigmatisation dans leur vie de tous les jours, ça peut influencer leur choix aussi d'aller chercher pour de l'aide médicale. Peut-être qu'ils pensent ou elles pensent que ça va être la même chose dans le milieu médical. Et donc, ça va influencer à ce moment-là leur choix pour chercher de l'aide initialement. (Vincent)

Mathilde avance des propos similaires. Elle estime que le stigmate associé au travail du sexe représente probablement la plus grosse difficulté pour accéder à des soins. Elle mentionne que certaines travailleuses du sexe peuvent éviter les services de santé parce qu'elles veulent éviter le

jugement des professionnel.le.s de la santé et parce qu'elles peuvent avoir peur d'être dénoncées ou d'être mal soignées par ces professionnel.le.s.

> Je pense que le plus gros [la plus grosse difficulté pour accéder à des soins], c'est le stigma, là, t'sais, d'être capable aussi de nommer que tu es travailleuse du sexe, sans avoir ce jugement-là, justement. Puis, en plus que, ceux que moi je rejoins consomment, en plus de ça, fait que les gens vont même pas aller vers des services de santé, là, à cause de ça. Je pense que c'est un des plus gros enjeux » (Mathilde)
> « Bien, justement, si on en parle aussi, là, juste d'être étiquetée comme... c'est que c'est pas vu comme un vrai travail, premièrement, puis que c'est criminalisé. Fait que, déjà, là, ça l'amène à ce que la personne ne se sente pas à l'aise d'aller vers ces services-là, tu sais, dans... Est-ce qu'ils vont me dénoncer? Qu'est-ce qu'il va m'arriver? Est-ce que je vais recevoir les soins de santé, justement? (Mathilde)

Mathilde mentionne que cette crainte des travailleuses du sexe envers le milieu médical peut être encore plus importante pour les travailleuses du sexe qui font partie de plusieurs groupes susceptibles d'être stigmatisés, comme les consommateur.trice.s de drogues et les personnes ayant des troubles de santé mentale.

> Ouais, puis la santé mentale, aussi. Ils sont stigmatisés en tant que travailleuses du sexe, plus elles sont stigmatisées en tant que personnes qui utilisent des drogues, qui sont constamment en psychose, t'sais. Les gens ont vraiment une crainte envers, justement, le système de santé, là. (Mathilde)

On comprend, à travers les propos de Mathilde, l'importance de considérer la stigmatisation accrue de certaines femmes, une conséquence de l'intersection des différentes identités de ces femmes (travailleuse du sexe, consommatrices de drogue, personne ayant un trouble de santé mental), sur l'enjeu qu'est l'évitement de soins. En effet, cette intersection est susceptible de teinter l'expérience des travailleuses du sexe en augmentant leur crainte du système du santé en raison de leurs multiples vulnérabilités à la stigmatisation. Autrement dit, on ne peut comprendre la crainte de stigmatisation de certaines femmes si on l'analyse uniquement sous l'angle de la stigmatisation du travail du sexe. Il faut également considérer que la stigmatisation associée à la consommation de drogue et celle associée aux troubles de santé mentale interagissent avec celle associée au travail du sexe.

Dans l'ensemble, les propos des participant.e.s indiquent que la crainte de la stigmatisation influence négativement l'acceptabilité des services de soins, puisque les travailleuses du sexe considèrent le milieu médical comme un endroit où elles sont susceptibles de vivre de la

stigmatisation. Selon le cadre conceptuel de Levesque et al. (2013), l'acceptabilité des services influence le désir de soins des populations, ce qui est bel et bien mis de l'avant par les participant.e.s qui expliquent que la crainte de la stigmatisation décourage les travailleuses du sexe de demander des soins. Ce phénomène est d'ailleurs documenté dans la littérature. Faissner et al. (2024), par exemple, mentionnent que l'anticipation de la stigmatisation peut dissuader les travailleuses du sexe d'aller chercher les soins de santé, surtout si elles ont eu des expériences négatives par le passé.

4.2.1.2.3 Les effets du manque de prévention

4.2.1.2.3.1 Un accès diminué à des soins complets et à un suivi approfondi dans les ressources de première ligne

Les témoignages des professionnel.le.s de la santé et des intervenant.e.s indiquent jusqu'à présent que plusieurs facteurs, comme l'accès limité aux services de première ligne, le manque de services spécialisés et l'incapacité des travailleuses du sexe à prioriser leur santé en raison de la précarité et de l'inadéquation entre les services offerts et leurs besoins, poussent les travailleuses du sexe à mettre de côté la notion de prévention en santé. La crainte de la stigmatisation peut aussi pousser les travailleuses du sexe à éviter les milieux de soins et à consulter uniquement lorsque leurs problèmes de santé dégénèrent et deviennent une urgence. Nathalie, qui travaille dans un service de première ligne, un CLSC, constate effectivement que les travailleuses du sexe consultent souvent lors de situations de crise.

> quand ils me voient en CLSC, c'est vraiment plus avec une situation souvent. Tsé la prévention, on aimerait ça dire que c'est moi qui en fais, que je suis en première ligne et que je fais ça, mais ce n'est pas tant ça la réalité. (Nathalie)

Nathalie mentionne qu'avec certaines travailleuses du sexe qui viennent consulter plus régulièrement, elle arrive à mettre en place un suivi plus approfondi, mais que dans la majorité des cas, les travailleuses du sexe qu'elles rencontrent consultent uniquement pour un problème plus urgent.

> C'est sûr qu'à prime abord, ça va toujours être la santé sexuelle, des symptômes, des craintes, des mauvaises expériences, tu sais d'enlever le condom pendant qu'il la pénétrait donc là elle capote. Je

> trouve que c'est beaucoup des situations de crise. Ils ne vont pas venir me voir tant…C'est plus avec le temps quand il y a de quoi qui s'installe, là, ils vont venir te voir pis on va aller plus loin. (Nathalie)

Elle indique également que lorsque ces patientes consultent uniquement en cas d'urgence, il est difficile pour elle de prodiguer des soins visant à améliorer la santé de manière plus globale ou d'offrir un suivi plus approfondi. Elle explique qu'avec plusieurs femmes qu'elle rencontre, un suivi psychosocial serait pertinent, mais malheureusement il peut être difficile de se rendre à traiter l'aspect psychosocial soit parce que les travailleuses du sexe ne souhaitent pas toucher à cet aspect lors des consultations ou parce qu'elles consultent uniquement lorsqu'il y a une urgence à traiter, ce qui prend toute l'attention.

> Toute la sphère psychosociale, oui, oui, c'est quelque chose qu'on voit, mais ça prend du temps. Là, j'ai quelques filles en tête, mais, t'sais, sur le paquet de filles que j'ai vues, ben, il y en a plein, là, qu'on a pas pu aller là parce qu'ils m'ont pas laissé rentrer là non plus, là, t'sais. Fait que quand je les voyais, c'était toujours l'urgence, et non pas comme : "ah oui, c'est un beau suivi, pis on se voit à tout les... (Nathalie)

Il est possible de comprendre à travers le discours de Nathalie, que le fait de consulter uniquement en cas d'urgence, et non dans une optique de prévention, n'est pas idéal pour obtenir des soins de santé complets et pour voir une amélioration de la santé globale. Malgré tout, les travailleuses que rencontre Nathalie arrivent à obtenir des soins dans un service de première ligne et peuvent ainsi éviter l'urgence, ce qui n'est pas le cas de toutes les travailleuses du sexe.

4.2.1.2.3.2 Les travailleuses du sexe qui se retrouvent à l'urgence

Plusieurs participant.e.s ont mentionné que, comme c'est le cas pour la population générale, il peut être difficile pour les travailleuses du sexe d'obtenir des services en santé de première ligne, surtout si elles n'ont pas de médecin de famille. Le processus de prise de rendez-vous se fait en plusieurs étapes et les délais pour voir un.e professionnel.le de la santé sont souvent importants. Le fait de devoir passer par plusieurs étapes peut cependant être un enjeu particulièrement important pour une travailleuse du sexe qui peut avoir peur de vivre de la stigmatisation. Les chances d'abandonner le processus sont donc potentiellement plus élevées pour les travailleuses du sexe que pour la population générale et elles ont ainsi plus de chance de se retrouver aux urgences.

Nathalie donne l'exemple du processus pour obtenir des services de dépistage d'ITSS qui peut être complexe et qui peut décourager les travailleuses du sexe de chercher ce type de soins.

> Je dirais que même pour la population générale, c'est on y va du 14-25 ans, c'est clair que du dépistage d'ITSS internet-là, c'est compliqué des rendez-vous faut que tu ailles sur clic santé, il faut que tu appelles le CLSC, c'est le 3 le 8 le 12. Fait que t'imagines, c'est sûr pour une fille qui a travaillé de nuit, elle se relève, elle a peur, elle a... Tu sais, ils vont se ramasser à l'urgence, ces filles-là, c'est ça qui arrive. (Nathalie)

Tout comme Nathalie, Léa mentionne que, pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille, l'accès aux ressources de première ligne laisse à désirer. Elle mentionne, elle aussi, que les barrières peuvent tout de même être encore plus importantes pour les travailleuses du sexe. Elle ajoute qu'une fois à l'urgence, les travailleuses du sexe sont particulièrement à risque d'être victimes de stigmatisation, surtout si elles se trouvent à l'urgence pour un problème de santé que les professionnel.le.s de la santé considèrent comme un problème non urgent, qui aurait dû être traité par un médecin de famille ou un autre service de première ligne. Comme les urgences sont encombrées et que les professionnel.le.s de la santé peuvent avoir des préjugés sur les travailleuses du sexe, celles-ci risquent de ne pas se faire prendre au sérieux.

> Les gens sont tannés, ils se disent que tu fais juste encombrer l'urgence. Juste, de base, le système en général de première ligne laisse à désirer. Si tu es orphelin du système de santé, c'est extrêmement difficile d'avoir un suivi et même une consultation. Si j'ajoute à ça, en plus, un facteur de vulnérabilité qui est être travailleuses du sexe, [pour lequel] il y a des préjugés et [qui fait que] les gens peuvent ne pas être pris au sérieux, j'imagine encore plus les barrières qui sont présentes, et la crainte, le trauma d'avoir été mis de côté par le système de la santé et par un professionnel de la santé. Ça ne me donnerait pas envie de retourner consulter sachant que tu risques très bien de te faire dire : "franchement madame retournez chez vous". (Léa)

Ainsi, même s'il est difficile pour la population générale d'accéder aux ressources de première ligne, les propos de Nathalie et Léa indiquent que les travailleuses du sexe sont particulièrement susceptibles de ne pas atteindre les services de première ligne, de se retrouver à l'urgence et, qu'une fois à l'urgence, elles ont plus de chance d'y vivre une mauvaise expérience. Les barrières d'accès et les conséquences des barrières d'accès sont donc accrues pour les travailleuses du sexe.

4.2.1.2.3.2.1 Le risque de stigmatisation accru à l'urgence : facteur influençant la dimension de la pertinence des services

Plusieurs participant.e.s ont mentionné durant les entrevues que l'urgence est un lieu très propice à la stigmatisation, pour plusieurs raisons comme le grand nombre de professionnel.le.s rencontré.e.s à l'urgence, le fait que l'urgence n'est pas le service le mieux adapté aux besoins des travailleuses du sexe et la frustration que peuvent vivre les professionnel.le.s de la santé qui y travaillent.

Léa explique que les travailleuses du sexe qui passent par l'urgence vont voir un grand nombre de professionnel.le.s différent.e.s, afin d'obtenir les soins nécessaires (infirmier.ère du triage, urgentologue, interniste, préposé.e, etc.). De plus, comme les temps d'attente sont souvent très élevés, ce qui représente une barrière à l'accès en soi, il y a un roulement du personnel de l'hôpital qui fait que les patient.e.s vont souvent voir un nombre élevé de professionnel.le.s de la santé. Selon Léa, les chances de tomber sur quelqu'un qui a des préjugés sont donc plus élevées à l'urgence. Il arrive alors que les travailleuses du sexe quittent l'hôpital sans avoir reçu les traitements adéquats.

> Mais il y a beaucoup de barrières, et après ça la personne voit plein de monde, des infirmières qui changent à toutes les 8 ou 12 heures, des préposés, etc. Beaucoup d'occasions pour que des gens puissent traiter une personne avec des préjugés, qui peut te rebuter, qui te donne envie de rentrer chez toi aussi. Donc il y a des départs sans avis, qui peuvent se produire aussi pour plein de raisons, mais si je me présente quelque part et on me fait juste sentir que je suis pas la bienvenue, j'aurais moi aussi envie de sacrer mon camp. Donc il y a beaucoup beaucoup de barrières. (Léa)

Nathalie, quant à elle, mentionne que plusieurs travailleuses du sexe lui ont parlé d'expériences négatives qu'elles ont vécues à l'urgence. Selon elle, il est possible que le service offert à l'urgence ne soit pas le plus approprié à la situation des travailleuses du sexe et à d'autres populations marginalisées.

> Mais l'urgence, surtout, c'est tellement pas une place pour consulter quand t'as une petite touche de marginalité puis que t'as un besoin bien précis, t'sais. (Nathalie)

Comme les travailleuses du sexe font face à de nombreuses difficultés d'accès aux services de première ligne, plusieurs participant.e.s interrogé.es ont indiqué que les travailleuses du sexe se

retrouvent souvent plusieurs fois à l'urgence en peu de temps. Certain.e.s professionnel.le.s vont alors vivre une frustration liée au fait de revoir souvent la même patiente. Les travailleuses du sexe peuvent alors ressentir cette frustration et éviter de revenir à l'urgence plusieurs fois, par peur de vivre du jugement de la part des professionnel.le.s de la santé qui y travaillent. Il y a alors un risque que les problèmes de santé de ces femmes ne soient pas pris en charge et s'aggravent.

> Pis je pense qu'il y a beaucoup de frustration des soins, parce qu'il y en a qui reviennent. Une fois, deux fois, trois fois. Fait qu'ils voient la même personne. Fait qu'il y a comme ce préjugé, là, aussi, qui embarque. (Sarah)

> Il y en a qui vont avoir peur de venir consulter à l'urgence, de peur de se faire juger beaucoup, aussi. Surtout quand il y a des patients qui reviennent souvent, les personnels les connaissent. Des fois, ça peut, comme, les... C'est ça, les gêner à revenir ou… pis là les problèmes s'accumulent, puis ça dégénère. (Sophie)

Selon Levesque et al. (2013), un élément important de la dimension de la pertinence des services, qui réfère à l'adéquation entre les besoins des patient.e.s et les services reçus, est la manière dont ces services sont offerts. Ainsi, la qualité interpersonnelle des services est importante pour favoriser un bon accès aux soins. Les témoignages de ces trois infirmières semblent indiquer que les travailleuses du sexe peuvent ressentir le jugement ou la frustration des professionnel.le.s de la santé envers les travailleuses du sexe qui se retrouvent aux urgences, surtout celles qui s'y retrouvent fréquemment. La manière dont les soins sont prodigués aux travailleuses du sexe dans ce contexte semble donc nuire à leur accès aux soins, comme le démontrent bien les propos de Léa qui indiquent que les départs sans avis sont fréquents.

4.2.1.3 Le manque d'adaptation aux besoins des travailleuses du sexe : un autre facteur influençant la dimension de la pertinence des services

Une autre barrière liée à l'inadéquation entre plusieurs aspects du système de santé et la réalité des travailleuses du sexe qui est ressortie lors des entrevues est le manque d'adaptation aux besoins des travailleuses du sexe. Plusieurs participant.e.s ont donné des exemples qui démontrent que certain.e.s professionnel.le.s ou certains services au sein du système de santé ne répondent pas adéquatement aux besoins fréquents des travailleuses du sexe. Il y aurait donc un manque de

services capables de répondre à ces besoins, qui ne sont pas nécessairement spécifiques aux travailleuses du sexe, mais qui sont souvent présents chez cette population.

4.2.1.3.1 Le besoin de flexibilité

Un besoin qui a été rapporté par plusieurs participant.e.s est le besoin de flexibilité des travailleuses du sexe. Pour bien répondre aux besoins de santé des travailleuses du sexe, cette flexibilité doit être présente dans les horaires des cliniques et dans les moyens de prendre les rendez-vous, comme il en était question précédemment, mais également dans la manière dont les travailleuses du sexe sont traitées comme patientes.

4.2.1.3.1.1 Pouvoir être soignée par une femme

Plusieurs participant.e.s croient qu'il serait parfois préférable que les patientes travailleuses du sexe puissent avoir l'opportunité d'être soignées par une femme si elles le désirent, surtout lorsqu'elles consultent à la suite d'une agression. Il arrive cependant souvent que le système ne soit pas en mesure de répondre à cette demande.

> c'est d'adapter, justement, tu sais, aux besoins de la personne, si son besoin, c'est d'être soutenue médicalement par une femme, ben, on peut-tu lui offrir? Par contre, dans le système de santé qu'on vit dans, ben, tu y vas avec qu'est-ce que tu as, fait que, encore là, tu sais, ça l'amène des barrières aux femmes à recevoir des soins de santé. (Mathilde)

Mathilde trouve que les besoins des usagères des services de santé sont souvent ignorés par les personnes qui prennent les décisions au sein du système de santé, ce qui peut nuire à l'accès à des soins de qualité. Elle en donne un exemple. Elle explique qu'avant, dans sa région, c'était un organisme spécialisé qui s'occupait des femmes victimes d'agressions sexuelles, mais que depuis environ deux ans, c'est le CLSC qui prend en charge ces femmes. Elle explique que ce sont souvent des hommes qui s'occupent de ces cas et que le service est moins adapté aux besoins des patientes, selon elle.

> puis je trouve que, mettons, ce changement-là dans ce service-là démontre à quel point que le système écoute pas les besoins avant de prendre une décision dans des changements. Puis là, on parle de, justement, un service en santé qui est primordial, tu sais, fait... Ça, c'est un des enjeux, là, au-delà de la santé, là, c'est... Je trouve qu'il écoute pas assez la population puis leur besoin, ici. (Mathilde)

Dans un même ordre d'idée, Sarah donne un exemple d'une situation qui est survenue dans son milieu de travail lorsqu'une travailleuse du sexe était mal à l'aise d'être soignée par un homme. Elle raconte avoir vécu une situation où une travailleuse du sexe qui devait passer un rayon X est devenue très agitée, car le technicien était un homme. Les professionnel.le.s de la santé sur place ne comprenaient pas ce qui causait le comportement de la patiente et ne prenaient pas le temps de tenter de comprendre ce qui causait son comportement agressif. Elle explique qu'après avoir pris le temps de parler à la patiente, elle a compris que le fait d'être en présence d'un homme rendait la patiente inconfortable.

> j'ai une [travailleuse du sexe] qui allait péter une coche, elle devait passer un rayon X, parce qu'ils pensaient qu'elle s'était cassé quelque chose, pis elle allait péter une coche […] parce que le technicien, c'est un homme. Mais, comme, elle était super violente, super agressive, on m'a appelée en panique. Pis, comme, j'ai pris deux minutes pour jaser avec elle, et comme, non, mais c'est parce que c'est un homme. (Sarah)

Une étude de Wadsworth et al. (2019) sur la recherche de soins et l'engagement après une agression sexuelle, réalisée aux États-Unis, avait démontré que pour certaines femmes, le fait qu'un prestataire de soins soit un homme représentait une barrière à l'accès aux soins à la suite d'une agression sexuelle. En effet, pour ces femmes, être traitée par un professionnel de la santé homme pouvait exacerber des symptômes physiques et mentaux liés à la mémoire des abus vécus (Wadsworth et al., 2019).

4.2.1.3.1.2 Le besoin de souplesse dans les soins et dans les annulations et reprise de rendez-vous

Julie explique qu'il est nécessaire de démontrer une certaine souplesse dans les soins lorsqu'un ou une professionnel.le.s traite une travailleuse du sexe. Elle explique qu'il faut se montrer compréhensif, refaire des tests plus souvent et accepter de distribuer du matériel. Elle mentionne ne pas être certaine que cela soit fait dans tous les établissements de santé.

> Mais pour la santé, oui, je pense qu'il faut une souplesse. Il faut une souplesse… Il faut peut-être répéter des tests plus souvent. Bien, pas peut-être, il le faut. Il faut donner du matériel. Je ne sais pas si partout c'est fait. (Julie)

La distribution de matériel, comme des préservatifs ou du matériel d'injection pour les travailleuses du sexe consommatrices de drogues, est une pratique qui s'inscrit dans la réduction des méfaits. Comme il en sera question de manière plus détaillée dans la section suivante, l'instinct de Julie est juste, ce ne sont pas tou.te.s les professionnel.le.s de la santé qui sont à l'aise avec cette pratique.

Catherine mentionne elle aussi le besoin de flexibilité dans les services, surtout au niveau des annulations fréquentes de rendez-vous. Elle explique qu'il arrive souvent que des rendez-vous soient annulés par les travailleuses du sexe, puisque leurs horaires de travail ne conviennent pas nécessairement aux horaires des cliniques. L'organisme avec lequel elle travaille se montre justement assez flexible avec les travailleuses du sexe qui annulent des rendez-vous et est en mesure de fixer un nouveau rendez-vous rapidement ou de leur donner des plages horaires sans rendez-vous ce qui facilite leur accès aux soins.

> Pis même s'il y a des rendez-vous manqués, parce que ça arrive souvent dans ce milieu-là, bien, c'est pas grave, ils vont reprendre un autre rendez-vous, ou il y a des cliniques sans rendez-vous qu'elles vont pouvoir se présenter, puis tout est plus facile, là au niveau de l'accès. (Catherine)

Les propos de Catherine illustrent, encore une fois, l'importance des organismes et des services flexibles qui sont en mesure de répondre aux besoins fréquents des travailleuses du sexe.

4.2.1.3.2 Les professionnel.le.s qui laissent leurs émotions ou leurs préjugés teinter leurs soins ou leurs interventions

4.2.1.3.2.1 Ne pas prendre en considération ce qui est mieux pour la travailleuse du sexe

Les entretiens auprès des participant.e.s démontrent que les émotions des professionnel.le.s de la santé ou des intervenant.e.s vont parfois teinter leur jugement et leurs interventions auprès d'une travailleuse du sexe, alors qu'ils et elles sont censé.e.s être à l'écoute des émotions et des besoins de la femme qu'ils et elles soignent ou auprès de laquelle ils et elles interviennent. Ces professionnel.le.s et intervenant.e.s vont donc parfois prendre des décisions qui bénéficient plus à eux et elles-mêmes qu'à la travailleuse du sexe, pour calmer leurs inquiétudes ou parce qu'ils et elles jugent une situation en fonction de leurs propres émotions plutôt que celles de la travailleuse

du sexe. Mathilde donne l'exemple d'intervenant.e.s qui pourraient juger une relation entre un homme qui fournit de la drogue à une femme plus jeune et la protège dans la rue. Elle raconte une situation où une travailleuse sociale avait décidé de dénoncer à la police un homme qui entretenait ce genre de relation auprès d'une travailleuse du sexe majeure car, selon cette travailleuse sociale, la relation n'était pas saine. Selon Mathilde, cette intervention n'était probablement pas la meilleure intervention possible pour la femme en question, car celle-ci risque de devenir méfiante envers le système, ce qui peut nuire à son accès aux services.

> t'as des cas de mettons, d'un homme qui va t'aider, va être trop protecteur dans la rue, pis qui va te donner de la consommation, mais, là, t'sais, les services vont juger : " ben, ah, cet homme-là, il est pas bien pour toi " Fait que, là, la femme, encore, là, va être plus méfiante, c'est vraiment complexe, là. (Mathilde)

4.2.1.3.2.2 Méfiance envers la réduction des méfaits auprès des travailleuses du sexe consommatrices de drogues

Sophie mentionne que certain.e.s de ces collègues infirmier.ère.s ne sont pas à l'aise avec certaines interventions liées à la réduction des méfaits. La réduction des méfaits est une approche qui s'est développée dans les années quatre-vingt auprès des consommateurs de drogues injectables, dans le but de limiter la propagation du VIH (Mondou, 2013). Cette approche fait référence à plusieurs stratégies pragmatiques mises en place pour réduire les conséquences négatives des comportements liés à la dépendance pour les consommateurs de drogues et leurs communautés (Marlatt, 1996). Une stratégie associée à la réduction des méfaits est la distribution de matériel d'injection stérile (Mondou, 2013).

Sophie raconte une situation durant laquelle certain.e.s infirmier.ère.s étaient mal à l'aise à l'idée de distribuer des aiguilles stériles à une patiente travailleuse du sexe consommatrice de drogues injectables, soit parce qu'ils et elles avaient l'impression d'encourager la consommation de la patiente en distribuant du matériel de consommation ou parce qu'ils et elles avaient peur de se sentir responsables si un incident lié à la consommation de la patiente survenait.

> Pis il y en a comme de distribuer les aiguilles. Il y a des infirmières qui étaient comme pas à l'aise avec ça. Mais en même temps, même si on lui donnait pas, elle allait en prendre des souillées. (Sophie)

> Ouais, mais je pense que c'était comme : " ben là, je lui donne ça, pis elle va s'injecter de la drogue". T'sais. S'il arrive quelque chose, je sais pas si elle se sentirait responsable. (Sophie)

Ceci démontre encore une fois que certain.e.s professionnel.es peuvent laisser leurs émotions teinter leur jugement et les pousser à faire ce qui est mieux pour eux ou elles et non pour leur patiente. Sophie mentionne également qu'elle pense que ces infirmier.ère.s ont été moins sensibilisé.e.s à la réduction des méfaits. Il est donc probable que leur manque de connaissances sur la toxicomanie et la réduction des méfaits contribue également à leur malaise de distribuer des aiguilles.

4.2.1.3.3 Mettre trop d'emphase sur le travail du sexe au détriment d'un portrait de santé plus global

Plusieurs participant.e.s expliquent que des professionnel.le.s qui connaissent peu le travail du sexe pourraient se concentrer uniquement sur le travail du sexe et de ne pas considérer une travailleuse du sexe comme une personne à part entière. Ceci pourrait nuire à la capacité de ces professionnel.le.s à bien répondre aux besoins des travailleuses du sexe.

> Parce que je pense que le danger pour des gens qui sont moins familiers, c'est de mettre tout l'accent là-dessus : "Si elle faisait pas ça, elle serait mieux en amour. Il y aurait… Il y aurait… " "C'est sûr que ça consomme…". C'est sûr que c'est [le travail du sexe] un facteur de risque dans la vie, jusqu'à un certain point. Jusqu'à un certain point. (Julie)

Nathalie confirme que plusieurs travailleuses du sexe lui ont mentionné qu'il arrive que des professionnel.le.s de la santé mettent tout l'accent sur le travail du sexe et supposent que tous leurs problèmes de santé sont liés à leur travail.

> Toute l'emphase est mise là-dessus, pis le reste est oublié, là. Fait que tout est lié au travail du sexe. C'est que ça. " J'ai de la misère à dormir." "Ouais, mais c'est parce que, t'sais, t'sais, t'as pas de bonnes habitudes de vie, pis là, tu travailles la nuit " Pis t'sais, là, tu parles : "Ouais, mais j'ai de l'anxiété, je me sens pas bien. " "Mais t'sais, ton travail,... " Fait que traiter la personne pour ce qu'elle fait, non pas pour ce qu'elle est. Fait que ça, je pense que ça, j'ai déjà été témoin de ça. (Nathalie)

4.2.1.3.4 Conclusion sur l'incapacité des services de santé à répondre aux besoins des travailleuses du sexe

En se basant sur les témoignages des participant.e.s, il est possible de constater que la rigidité de certains services, illustrée par l'impossibilité d'être traitée par une femme ou encore par le manque de souplesse face aux annulations de rendez-vous, est en inadéquation avec le besoin de flexibilité des travailleuses du sexe. On constate également que certains comportements des professionnel.le.s, liés à leur manque de recul face à leurs émotions ou à leurs présomptions sur les effets du travail du sexe, les empêchent de centrer les besoins de leurs patientes travailleuses du sexe dans leurs soins. Ces constats ressortis des entretiens illustrent une inadéquation entre les besoins fréquents des travailleuses du sexe et la manière dont les services de santé généraux offrent des soins, ce qui représente une barrière liée à la dimension de la pertinence des services dans le cadre de Levesque et al. (2013).

4.2.2 La stigmatisation en milieu de soins

Que ce soit à l'urgence ou dans d'autres établissements de santé, la plupart des participant.e.s confirment ce que dit la littérature, soit que les travailleuses du sexe sont à risque de vivre de la stigmatisation au sein du système de la santé. Il est tout de même intéressant de comprendre la manière dont les participant.e.s perçoivent les causes de cette stigmatisation et la manière dont elle se manifeste au sein du système de santé, puisqu'ils et elles sont des acteur.rice.s œuvrant au sein de ce système.

La stigmatisation est un obstacle à l'accès aux soins bien documenté chez les travailleuses du sexe (Benoit et al., 2019 ; Socias et al., 2016; Lazarus et al., 2012). Plusieurs participant.e.s ont partagé des situations dont ils et elles ont été témoins, ou des situations que des travailleuses du sexe leur ont racontées, qui illustrent bien la présence de stigmatisation envers les travailleuses du sexe dans les milieux de soins du Québec.

4.2.2.1 Les commentaires des professionnel.le.s de la santé qui font paraître leurs préjugés

Plusieurs professionnel.le.s de la santé interviewé.e.s ont mentionné avoir, ou avoir eu par le passé, des collègues qui avaient des préjugés envers les travailleuses du sexe. Les préjugés et les stéréotypes seraient des éléments impliqués dans le processus plus large qu'est la stigmatisation (Major et al., 2018). Comme mentionné dans la revue de la littérature, l'une des composantes de la stigmatisation selon Link et Phelan (2001) est la séparation des personnes étiquetées d'un stéréotype de celles qui ne le sont pas en deux groupes distincts : eux et nous. Ce stéréotype peut alors servir de justification aux préjugés qui vont à leur tour contribuer à la création ou au maintien des relations hiérarchiques entre les groupes (Dovidio et al., 2010 ; Marx et Ko, 2019).

Plusieurs participant.e.s ont exprimé qu'ils et elles ont déjà entendu des collègues faire des blagues sur les travailleuses du sexe ou émettre des commentaires à leur sujet qui laissaient transparaître des attitudes négatives envers elles. Ces commentaires et ces blagues étaient exprimés entre collègues, au poste infirmier, par exemple. Les exemples donnés par les participant.e.s de ces commentaires ou blagues sont souvent liés à l'intersection de la toxicomanie ou des problèmes de santé mentale avec le travail du sexe. Ceci n'est pas surprenant puisque plusieurs études ont démontré que les personnes qui sont à l'intersection de multiples identités défavorisées par des rapports de pouvoir (*subordinate identities*) sont victimes de plus de stéréotypes et de préjugés que celles qui sont seulement défavorisées par une identité (Preddie et Biernat, 2021). Par exemple, Sarah raconte que des collègues ont fait des blagues reliées au problème de santé mentale et au possible travail du sexe d'une patiente, au poste infirmier.

> C'était une... une patiente qui était là pour des problèmes de santé mentale, pis son sac était ouvert, pis on voyait comme... T'sais, ça se peut que non, mais comme ça, on voyait plein de vêtements. Mettons que c'était comme des vêtements un peu comme sexy, on peut dire, pis tout ça, pis comme... T'sais, les gens en parlaient, t'sais, en faisaient des blagues. Comme, au poste d'infirmier, dans le sens que, relié à son problème de santé mentale, et comme possibilité que ça soit, comme, une danseuse ou une travailleuse du sexe. (Sarah)

Sophie, quant à elle, mentionne avoir eu des collègues qui exprimaient des commentaires négatifs envers une patiente travailleuse du sexe et qui qualifiaient cette patiente de « pute » ou de « droguée ».

> Ben, y'en avait qui... Pas qui la traitaient des noms, pas devant elle, mais comme... T'sais qu'ils... T'sais qui l'appelaient la droguée, c'est une pute, t'sais, c'est juste comme des mots, comme un peu... T'sais, blessants que tu dirais jamais devant elle, là. T'sais, c'était comme un peu... T'sais, elle s'aidera pas, comme... T'sais, des commentaires négatifs, là. T'sais, des trucs comme ça, là. (Sophie)

Sophie ajoute qu'il arrive que certain.e.s de ses collègues vont mettre de l'emphase sur le fait qu'une patiente est toxicomane ou travailleuse du sexe, même si ce n'est pas lié à la raison de la consultation. Elle donne l'exemple de certain.e.s infirmier.ère.s qui appelaient une patiente travailleuse du sexe « la toxicomane », par exemple, plutôt que par son nom lorsqu'ils ou elles parlaient de cette patiente aux autres infirmier.ère.s.

> Ben, je dirais les plus vieilles infirmières sont plus... Ben, pas toutes, je veux pas toutes les mettre dans le même bateau, mais en général, ce que j'ai vu, c'était plus les vieilles infirmières qui avaient comme une... Pas un blocage, mais qui étaient... Qui avaient un peu plus de préjugés, pis comme... Ils catégorisaient cette patiente-là comme de toxicomane, de... Tu sais, c'était comme ça... C'était pas comme madame "son nom de famille", c'était "la toxicomane", tu sais. Comme ce qui la définissait le plus pour eux. (Sophie)

Selon Sophie, ce genre de comportement peut contribuer aux préjugés des autres infirmier.ère.s qui rencontreront cette patiente et avoir une influence sur la manière dont ils et elles vont interagir avec la patiente. Elle croit également que les patientes peuvent ressentir ces préjugés.

> Ouais, ben, c'est sûr qu'il y en a des... Admettons j'vais parler des infirmières, des moins... pas moins ouvertes, mais comme plus préjugées, là. Dès qu'il y a un toxicomane, n'importe quoi, ils vont le dire à tout le monde. Ils vont présenter le patient, mettons, au rapport. « Ah, lui, c'est un toxicomane. » Tu sais, il va pas... Même s'il est pas là pour ça, c'est comme la caractéristique qui va sortir le plus. Même chose un peu pour les travailleuses du sexe. C'est comme, « ah, elle c'est une travailleuse du sexe, elle utilise des drogues ». Comme...Tu sais, ça met des idées, comme, dans la tête, même avant d'avoir encore rencontré les gens. Puis, les patients, veux veux pas, ils le ressentent aussi, là, c'est sûr. (Sophie)

Bien qu'aucun.e participant.e n'ait entendu des collègues émettre ce genre de commentaires ou de blagues devant une travailleuse du sexe, plusieurs ont mentionné que les préjugés, ou les attitudes négatives envers les travailleuses du sexe, illustrés par ces commentaires, peuvent avoir des effets sur la manière dont ces collègues vont soigner les travailleuses du sexe, comme il en sera question plus loin.

4.2.2.2 Les stéréotypes comme moteurs de la stigmatisation

Les témoignages des participant.e.s mettent en lumière des stéréotypes que certain.e.s professionnel.le.s de la santé associent aux travailleuses du sexe et qui peuvent contribuer aux attitudes négatives envers les travailleuses du sexe et à leur stigmatisation. Deux stéréotypes sont ressortis des entrevues : la croyance que les travailleuses du sexe ne prennent pas soin de leur santé et l'association des travailleuses du sexe aux pratiques sexuelles à risque et aux ITSS.

Plusieurs participant.e.s mentionnent effectivement que la croyance que les travailleuses du sexe ne prennent pas soin de leur santé ou ne s'investissent pas dans leur santé est présente chez plusieurs professionnel.le.s de la santé. Ce stéréotype se manifesterait par le manque d'investissement chez certain.e.s professionnel.le.s de la santé envers leurs patientes travailleuses du sexe, car ils et elles se disent qu'elles seront de retour à l'hôpital dans peu de temps de toute façon puisqu'elles ne font pas attention à sa santé, ou car ils et elles se disent qu'elles ne reviendront pas pour leur traitement puisqu'elles ne prennent pas soin de leur santé. Les propos de Nathalie et de Sophie illustrent bien ce stéréotype :

> On part un peu de l'idée que elle reviendra pas, qu'elle n'est pas impliquée dans sa santé. C'est pas important. (Nathalie)

> Aussi, la mentalité... Des professionnels de la santé qui vont dire, comme : " ah, tu sais, on va l'aider là, mais dans deux semaines, ça va être la même affaire. Elle va se ramasser à la même place. " Comme un peu... Tu sais, les " portes-tournantes ", qu'on appelle, là, nous, comme... Même chose pour les patients, comme... Alcooliques ou... Qui consomment, peu importe, là. Tu sais, on dirait qu'il y en a qui ont moins... Qui vont avoir moins tendance, comme, à s'investir en ces patients-là. Parce qu'ils disent, ça va servir à rien, ils vont revenir. (Sophie)

Certain.e.s participant.e.s mentionnent que certain.e.s professionnel.le.s de la santé associent les pratiques sexuelles à risque à toutes les travailleuses du sexe et pensent que celles-ci sont un vecteur de transmission d'ITSS, une croyance rependue dans la société contribuant à la stigmatisation des travailleuses du sexe (Association canadienne de santé publique, 2024). Comme mentionné dans la revue de la littérature, ce ne sont pas tous les types de travail du sexe qui sont associés à un taux d'ITSS plus élevé. La réalité est plutôt que certaines travailleuses du sexe sont plus à risque de contracter des ITSS à cause de facteurs associés au travail du sexe de rue (Benoit et Shumka, 2021). Catherine, une intervenante sociale, explique que les professionnel.le.s de la santé peuvent avoir l'impression que les travailleuses du sexe ne se protègent pas et propagent des

ITSS, alors qu'elle constate qu'une grande partie des travailleuses du sexe de la région couverte par l'organisme où elle travaille ont, en général, de bonnes pratiques de santé sexuelle.

> Ils ont des préjugés sur les pratiques. Ils pensent que c'est automatiquement des filles qui prennent pas soin d'elles, qui se protègent pas, qui vont propager des maladies. C'est un peu des filles sales, on va dire ça. On peut utiliser le terme, là, mais dans les faits, t'sais, nous, à Québec, les filles sont dépistées une fois par mois, là. (Catherine)

Le cadre conceptuel de Stangl et al. (2019) sur la stigmatisation liée à la santé permet d'analyser la stigmatisation qui peut découler des croyances sur les ITSS et les pratiques sexuelles des travailleuses du sexe. Comme décrit dans le cadre théorique, le cadre de Stangl et al. (2019) permet de se pencher sur les différents éléments qui composent le processus de stigmatisation liée à la santé, soit les moteurs et facilitateurs de la stigmatisation, le marquage et les manifestions de la stigmatisation.

La peur de l'infection et les préjugés sont des moteurs de la stigmatisation répertoriés par Stangl et al. (2019) qui semblent bien s'appliquer dans un cas présenté par Léa, qui remarque l'influence des stéréotypes sur les travailleuses du sexe dans les comportements de certain.e.s de ses collègues. Elle explique que certain.e.s de ses collègues vont avertir d'autres collègues qu'une patiente est une travailleuse du sexe, pour sous-entendre qu'ils et elles devraient être plus vigilant.e.s puisque la patiente pourrait avoir une ITSS. Elle indique aussi que certain.e.s de ces collègues mettent deux paires de gants lorsqu'ils et elles soignent des travailleuses du sexe. Ce geste pourrait potentiellement être remarqué par les travailleuses du sexe et celles-ci pourraient se sentir stigmatisées.

> il y a des préjugés à 110 %. Que des fois j'en entends parler et que je vais même des fois juste un peu corriger. J'ai des collègues des fois qui mettent deux paires de gants juste comme pour les soins, etc. Mais pour n'importe qui d'autre t'as un risque aussi … donc oui définitivement. (Léa)

Les ITSS sont des problèmes de santé stigmatisés au sein de la société notamment parce qu'elles sont vues comme des marques de comportements sexuels irresponsables (Hood et Friedman, 2011). Stangl et al. (2019) expliquent que les individus marqués d'un stigmate lié à un problème de santé sont parfois à l'intersection de plusieurs identités stigmatisées qui vont influencer la manifestation de cette stigmatisation. C'est le cas pour les patientes dans l'exemple de Léa, qui

sont également stigmatisées pour leur emploi, le travail du sexe étant une profession stigmatisée. Ainsi, la stigmatisation liée à l'intersection du travail du sexe et des ITSS dans l'exemple de Léa est motivée par les stéréotypes associés aux travailleuses du sexe et par la peur de l'infection des professionnel.le.s de la santé. Cette stigmatisation se manifeste ensuite dans les pratiques des professionnel.le.s de la santé, qui vont mettre deux gants et avertir leurs collègues du travail du sexe des patientes, et dans les expériences des travailleuses du sexe, qui pourraient remarquer que les professionnel.le.s de la santé enfilent deux paires de gants et ainsi percevoir une forme de stigmatisation.

Stangl et al. (2019) mentionnent que certains facteurs peuvent faciliter ou minimiser la stigmatisation liée à la santé. Ces auteurs rassemblent ces facteurs sous le concept de « facilitateurs » dans leur cadre conceptuel. Dans une logique similaire, les entretiens ont révélé plusieurs facteurs qui semblaient possiblement avoir une influence sur les préjugés des professionnel.le.s de la santé et la stigmatisation perpétuée par les professionnel.le.s de la santé.

4.2.2.3 Les facilitateurs des préjugés et de la stigmatisation perpétués par les professionnel.le.s de la santé

4.2.2.3.1 Le manque de connaissance sur le travail du sexe

La stigmatisation des travailleuses du sexe s'explique par le manque de connaissances sur le travail du sexe. Catherine explique que, comme la plupart des gens n'ont jamais été dans les milieux où travaillent les travailleuses du sexe, ils ont des idées préconçues sur les pratiques de ces femmes et sur la manière dont elles prennent soin de leur santé.

> Les gens ne connaissent pas ce que c'est ce métier-là. Ils n'ont jamais été dans un salon de massage, à part les clients, ou en agence d'escortes. Donc, c'est plus facile de juger, puis de les stigmatiser à ce niveau-là. Fait que s'ils avaient plus de connaissances au niveau de la population en général de ce que c'est le métier, il y aurait probablement moins de jugement. Puis les filles auraient moins à affronter cette stigmatisation-là, justement. (Catherine)

Mathilde explique que, selon elle, les professionnel.le.s de la santé ne sont pas assez sensibilisé.e.s aux réalités des travailleuses du sexe, ce qui influence la manière dont ils et elles offrent des soins.

> Puis, t'sais, les travailleurs, malheureusement, de la santé, je trouve qu'ils sont pas assez éduqués ou, comme, sensibilisés auprès de cette situation-là, t'sais. Leurs services, puis offres, après ça, ben, ils sont brimés par leur jugement, t'sais. (Mathilde)

Les propos de Catherine et de Mathilde rejoignent ceux de Matusitz (2012), qui explique que l'ignorance, ou le manque de connaissances justes à propos d'un groupe, mène aux stéréotypes et aux préjugés. Selon Matusitz (2012), il faut toutefois faire attention, puisque les connaissances sont un construit social et donc qu'une connaissance à propos d'un groupe peut être présentée comme une vérité même si elle manque de nuance. Weitzer (2018) explique justement que les médias ont un biais négatif, lorsqu'il est question du travail du sexe. Le travail du sexe est souvent présenté sous l'angle des abus ou de l'exploitation et les autres réalités ou une vision neutre du travail du sexe sont rarement présentées par les médias. Une personne pourrait donc avoir l'impression de connaître beaucoup d'informations sur le travail du sexe, mais en réalité ne pas vraiment connaître l'ensemble des travailleuses du sexe. Il est donc important d'inclure les travailleuses du sexe dans la production des connaissances, afin de présenter un portrait plus complet et plus nuancé du travail du sexe (Karandikar et al., 2024). L'Association canadienne de santé publique (2024) recommande justement aux gouvernements provinciaux de former les travailleur.euse.s de la santé et des services sociaux, afin qu'ils et elles puissent offrir des soins sans jugement. L'Association canadienne de santé publique (2024) recommande d'offrir une formation, conçue par des personnes ayant un vécu de travail du sexe, visant à mieux faire comprendre la diversité des travailleuses du sexe. Cependant, ces recommandations ne semblent toujours pas avoir été mises en place au Québec, puisque la plupart des participant.e.s mentionne ne pas avoir eu de formation sur le travail du sexe spécifiquement.

4.2.2.3.2 Les différences dans les formations des infirmier.ère.s

La différence dans la formation des infirmier.ère.s aurait possiblement un impact sur les préjugés. Certain.e.s infirmier.ère.s ont suivi un programme de formation technique au collégial afin d'obtenir un diplôme d'études collégiales (DEC) technique en soins infirmiers, alors que d'autres ont suivi une formation à l'université afin d'obtenir un Baccalauréat en sciences infirmières. Certain.e.s commencent par obtenir leur DEC et vont ensuite opter pour poursuivre leurs études à l'université et obtenir un Baccalauréat. Les propos de deux infirmières indiquent qu'il y a certaines

différences entre la formation du DEC et celle du Baccalauréat. Léa a fait un DEC suivi d'un Baccalauréat et elle trouve que la formation de la technique (DEC) est beaucoup plus axée sur la pratique, alors qu'au Baccalauréat elle a pu pousser ses apprentissages et recevoir une formation plus axée sur la santé publique, les populations vulnérables, la trajectoire patient et les déterminants sociaux de la santé. Elle mentionne également que d'autres travailleur.euse.s de la santé qui administrent des soins, comme les préposé.e.s et les infirmier.ère.s auxiliaires ne reçoivent pas nécessairement ce genre de formations qui, selon elle, peuvent aider à défaire les préjugés.

> Puis aussi moi j'ai fait le DEC-BAC, j'avais fait la technique et pour moi, c'est vraiment appliqué, pratique : voici comment être infirmière, puis on te garroche sur le plancher et tu apprends sur le tas la spécialité dans laquelle tu t'en vas. Et moi quand j'ai fait mon bac c'était un peu la partie plus fleurie… là on va te rajouter des trucs comme pousser ton examen physique, des trucs sur la trajectoire patient, parce que tu as plus le temps de rajouter ces éléments-là, tandis que dans la technique, c'est plus appliqué appliqué appliqué. Donc j'ai beaucoup de collègues qui ne se sont jamais rendus au niveau où ils ont des formations un peu orientées sur la santé publique ou les populations vulnérables etc. (Léa)

> Après ça tu as les auxiliaires qui donnent beaucoup de soins qui elles ont un DEP dans lequel je ne sais même pas si tu as un cours de socio ou déterminant de la santé et tu as des préposés qui ça aussi c'est un DEP (Léa)

Sophie, qui a elle aussi fait le programme de formation technique et le baccalauréat, mentionne que c'est à l'université qu'elle a eu des formations et des cours qui permettent plus d'ouverture.

> à la technique, c'est vraiment plus qu'il y a soin, comme les techniques de soins qu'on fait, notre jugement. Pis à l'université, t'sais, moi, j'ai des cours comme anthropologie, sociologie, fait que ça va comme un peu plus loin. T'sais, c'est comme les soins et ce qui englobe les soins, comme tout l'entourage du patient. Fait que oui, c'est sûr, ça... ça met comme une ouverture de plus. (Sophie)

Selon Wittenauer et al. (2015) qui ont mené une étude aux États-Unis sur les attitudes des infirmier.ère.s sur la pauvreté, les infirmièr.ère.s qui reconnaissent l'impact des structures sociales sur la pauvreté sont moins susceptible d'avoir des opinions stigmatisantes sur leurs patient.e.s précarisé.e.s, comme de les blâmer pour leur pauvreté, et sont mieux équipées pour les accompagner. Dans une logique similaire, les propos de Léa et de Sophie semblent indiquer qu'une meilleure éducation permet une meilleure compréhension des facteurs structurels qui peuvent influencer la santé des patientes travailleuses du sexe, ce qui peut potentiellement mener à une plus grande ouverture de la part des professionnel.le.s de la santé et à une diminution des attitudes négatives des professionnel.le.s de la santé envers les travailleuses du sexe.

4.2.2.4 Les exemples de stigmatisation rapportés par les participant.e.s

Durant les entrevues, les participant.e.s ont rapporté plusieurs exemples de situations qui illustrent la stigmatisation des travailleuses du sexe dans les milieux de soins au Québec. Plusieurs constats ressortent de ces entrevues : la stigmatisation des travailleuses du sexe peut être présente dans les interactions avec les professionnel.le.s de la santé; la stigmatisation dans les milieux de soins est souvent un processus subtil, mais des discriminations sont tout de même présentes dans le milieu des soins; puis finalement, les mauvaises expériences des travailleuses du sexe au sein du système de la santé peuvent mener à des refus de soins.

Il est tout d'abord important de mentionner que plusieurs situations de stigmatisation des travailleuses du sexe rapportées par les participant.e.s sont teintées par leurs appartenances à de multiples identités susceptibles d'être stigmatisées dans la société. La travailleuse sociale Julie émet l'hypothèse que les travailleuses du sexe plus démunies, par exemple, ont plus de chance d'être moins bien traitées au sein du système de la santé :

> Parce que quelqu'un qui est travailleuse du sexe super bien organisée, vite, brillante, je pense que ça pourrait plaire. Je pense que... elle pourrait être assez bien servie dans plusieurs endroits, c'est mon impression. Mais quelqu'un de plus démuni, de moins habile sur le plan relationnel, plus déprimé, plus... je pense que... Puis surtout, ça demande de l'aide, tu sais, pour avoir de l'aide financière et tout ça. Tu sais, les médecins, ils viennent bien, bien, bien tannés de se faire demander de ce type d'aide là. Alors, surtout si quelqu'un n'est pas très bien organisé, puis je pense qu'il pourrait ne pas avoir un très bon service. Pas beaucoup d'empathie. (Julie)

Les participant.e.s avancent tout au long des entretiens que des facteurs comme la classe sociale, la consommation de drogue ou les troubles de santé mentale peuvent avoir une influence sur le niveau de stigmatisation vécue.

4.2.2.4.1 La stigmatisation dans les interactions avec les professionnel.le.s de la santé

4.2.2.4.1.1 Les effets des expériences de stigmatisation passées et de la stigmatisation anticipée

Certain.e.s professionnel.le.s de la santé mentionnent que les travailleuses du sexe peuvent être plus difficiles d'approche que d'autres patient.e.s. Léa, par exemple, indique que les travailleuses

du sexe peuvent se montrer méfiantes envers les professionnel.le.s de la santé ou les intervenants, probablement à cause de mauvaises expériences passées.

> moi quand je donne des soins j'aime beaucoup venir creuser mais c'est plus difficile l'approche en général il y a beaucoup plus un mur, une barrière pis j'attribue ça je pense à des expériences passées qui seraient plus négatives ou à un refroidissement général par rapport au travailleur de la santé qui peut… que je comprends aussi à cause des mauvaises expériences passées (Léa)

Selon plusieurs participant.e.s, la stigmatisation des travailleuses du sexe peut être perçue dans la manière dont les professionnel.le.s interagissent avec les travailleuses du sexe.

> moi j'essaye que ça ne soit pas le cas mais je sais qu'il y a des gens qui peuvent être plus froids, moins compréhensifs, qui peuvent projeter des préjugés qu'ils ont un petit peu sans … tout le monde est soigné mais est ce que tout le monde est soigné de la même façon, pas nécessairement. (Léa)

> je pense que c'est dans le contact direct, là. Y'en a qui vont peut-être faire moins de conversation, moins de passer de temps avec elle, comme qu'il ferait avec un autre patient s'ils ont le temps. (Sophie)

On comprend, à travers les propos de Sophie et de Léa, que certain.e.s professionnel.le.s de la santé ne traitent pas les travailleuses du sexe de la même manière que leurs autres patient.e.s, ce qui pourrait être perçu par les travailleuses du sexe. Il n'est donc pas surprenant que certaines travailleuses du sexe se montrent plus méfiantes ou plus distantes avec les professionnel.le.s de la santé.

Sarah mentionne elle aussi que les relations avec les travailleuses du sexe peuvent être difficiles. Elle explique que les travailleuses du sexe peuvent anticiper une stigmatisation des professionnel.le.s et donc interpréter négativement certains comportements des professionnel.le.s de la santé et avoir de fortes réactions négatives à ces comportements. Selon elle, les professionnel.le.s de la santé doivent donc faire preuve de plus de patience et faire plus attention à leurs comportements lorsqu'ils et elles traitent des travailleuses du sexe, ce que certain.e.s ne font pas.

> Tu sais, elles sont super… se sentent attaquées par la société ou par tout le monde. Fait que c'est vraiment un effort supplémentaire à la personne soignante de la soigner. Puis, il y a certaines personnes qui n'ont pas cette patience-là. C'est comme que ça les fâche, fait qu'ils perdent patience, puis c'est aussitôt que tu brises le lien de confiance [c'est terminé]. (Sarah)

Les témoignages de Sarah et de Léa semblent indiquer que l'anticipation de la stigmatisation des travailleuses du sexe peut rendre la relation entre ces patientes et les professionnel.le.s de la santé plus difficile. Selon Sarah, les professionnel.le.s de la santé devraient s'adapter à cette réalité et se montrer plus doux.ces et plus patient.e.s envers elles. Or, elle a remarqué que certain.e.s professionnel.le.s refusent de s'adapter aux travailleuses du sexe et sont parfois frustré.e.s du comportement des travailleuses du sexe. Ils ou elles vont alors juger les réactions des travailleuses du sexe plutôt que de se montrer compréhensif.ve.s, ce qui peut contribuer aux mauvaises expériences des travailleuses du sexe en milieu de soins.

> Et je trouve qu'ils [certain.e.s professionnel.le.s de la santé] adaptent pas…T'sais techniquement, t'es supposé t'adapter aux besoins du patient ou comme... Fait qu'ils vont pas changer leurs comportements, mais l'affaire, c'est qu'elles sont différentes. Comme, il y a une manière de les approcher. (Sarah)

> T'sais, par exemple, surtout les travailleuses du sexe qui sont difficiles […] je pense que c'est plus là qu'ils vont te porter de jugement, comme, : " hé, mais pourquoi tu viens à l'urgence? " C'est comme : "si t'es désagréable, pourquoi tu viens à l'urgence? " "Tu veux pas te faire aider, c'est quoi ton problème? C'est plus dans...C'est plus dans son comportement que le travail du sexe en tant que tel. (Sarah)

Il semble donc y avoir un manque de compréhension chez certain.e.s professionnel.le.s de la santé quant à certains comportements ou réaction des travailleuses du sexe qui sont liés à la stigmatisation anticipée ou perçue par ces dernières. En effet, le témoignage de Sarah semble indiquer que l'anticipation de la stigmatisation des travailleuses du sexe causée par leurs mauvaises expériences passées peut les pousser à se montrer plus fermées avec les professionnel.le.s ou à avoir des réactions intenses à certains comportements qu'elles interprètent comme des comportements négatifs envers elles. Certain.e.s professionnel.le.s de la santé vont alors se montrer moins patient.e.s envers les travailleuses du sexe et juger leurs réactions, ce qui peut contribuer à la stigmatisation des travailleuses du sexe.

4.2.2.4.1.2 La stigmatisation comme processus subtil

La stigmatisation des professionnel.le.s de la santé est parfois assez subtile, puisqu'elle ne se manifeste pas uniquement par les discriminations évidentes qui peuvent être mentionnées dans la littérature, comme les refus de soins, par exemple (Benoit et al., 2018). Plusieurs participant.e.s

s’entendent sur le fait que même si elle peut être subtile, la stigmatisation peut tout de même être ressentie par les travailleuses du sexe. Les propos de Léa, Sarah et Mathieu démontrent qu’un certain jugement peut être ressenti dans la manière de soigner de certain.e.s de leurs collègues, même si ce jugement peut être subtil ou caché.

> tu sais je sens … un … je sais pas comment l’exprimer mais il y a un jugement qui est quand même la dans la façon de soigner … sans que ça soit comme noir sur blanc. (Léa)

> Je sais pas comment t'expliquer, mais t'sais, ils vont pas la discriminer directement, mais comme tu le sens. (Sarah)

> Le non-verbal de certaines personnes va être flagrant puis ça pourrait être perçu. (Mathieu)

Plusieurs professionnel.le.s ont d’ailleurs mentionné qu’ils et elles préfèrent que certain.e.s de leurs collègues n’interagissent pas avec des travailleuses du sexe, car ils et elles sentent que les préjugés de ces dernièr.e.s pourraient être perçus par les travailleuses du sexe.

> Je sais que j'ai des collègues à l'urgence que... Je voudrais pas que, mettons, une travailleuse du sexe les aille. Pas parce qu'ils sont méchants, mais comme je sais qu'ils ont des préjugés de base. (Sarah)

Amsalem et al. (2018) expliquent que les expressions subtiles de la stigmatisation, aussi appelées les microagressions, sont différentes des formes plus traditionnelles de stigmatisation ou de discrimination, puisqu’elles sont souvent perpétuées par des individus bien intentionnés qui ne se rendent pas compte des conséquences négatives de leur comportement.

Même si la stigmatisation peut être subtile, les entretiens ont permis de dévoiler quelques manières concrètes dont elle peut se manifester. La stigmatisation peut se manifester dans les réactions non verbales, dans les commentaires émis spontanément, dans les questions intrusives et dans l’infantilisation des travailleuses du sexe.

<u>Les réactions non verbales et les commentaires spontanés:</u>

Une des manières dont les travailleuses du sexe peuvent percevoir le jugement ou les préjugés est les réactions non verbales des professionnel.le.s de la santé. Ainsi, même si un professionnel de la santé n'émet pas de commentaire une fois qu'une travailleuse du sexe lui dévoile son travail, une expression sur son visage peut tout de même faire qu'une travailleuse du sexe se sent jugée. Certaines travailleuses du sexe vont ainsi éviter de mentionner être travailleuse du sexe, afin d'éviter de ressentir ce jugement.

> il y a des patientes qui ne vont pas le mentionner qu'elles font le travail du sexe parce que ça ne leur tente pas d'avoir un visage devant eux qui...OK, je le vois que tu n'es pas d'accord ou je vois que ça te surprend. (Mathieu)

Certains commentaires spontanés peuvent également faire qu'une travailleuse du sexe se sent stigmatisée, sans qu'il n'y ait de comportement discriminatoire de la part du ou de la professionnel.le de la santé. Mathieu donne l'exemple de professionnel.le.s de la santé qui pourraient être surpris.e.s d'entendre qu'une travailleuse du sexe est en couple. Nathalie, pour sa part, donne l'exemple de professionnel.le.s de la santé qui pourraient avoir une réaction au nombre de partenaires sexuels d'une travailleuse du sexe.

> d'assumer qu'elle n'a pas de partenaire sexuel ou d'être surpris si la personne a dit qu'elle est en couple : "Fait que là, tu fais des clients, t'es en couple ?... Bien là, ton chum, il accepte ça? " […] Mais c'est plus de la surprise ou des mots sans nécessairement qu'il y a des comportements. (Mathieu)

> Les commentaires : "ah oui, vous avez eu plus que 10 partenaires dans le... " Tsé Non! C'est pas de tes affaires! T'sais, tu veux pas juger ça. Tu veux savoir combien, pour faire quel dépistage, pis où ça a été fait, pour faire le bon site de dépistage. C'est ça. C'est pour ça qu'on pose ces questions-là. C'est pas pour satisfaire ta curiosité ou pour nous parler de ton petit jugement moral. (Nathalie)

<u>Les questions intrusives :</u>

Plusieurs participant.e.s ont mentionné que les professionnel.le.s de la santé ou les intervenant.e.s qui rencontrent peu de travailleuses du sexe ont parfois une curiosité envers leurs patientes travailleuses du sexe et peuvent poser des questions intrusives. Les travailleuses du sexe peuvent alors percevoir cette curiosité et se sentir jugées par les professionnel.le.s qui posent trop de questions.

> Ils sont pas habitués d'en voir, ou, t'sais, ça les... Je pense que ça pique aussi beaucoup la curiosité des gens, là, t'sais, des intervenants. Fait que des fois, peut-être, il y a de d'la poser , t'sais, poser beaucoup trop de questions ou être invasives un peu, là, t'sais. Ça peut être des choses qu'ils perçoivent, qu'ils se rendent compte, pis ils se sentent jugés, aussi. C'est comme elle a catché que tu faisais ça, pis là, elle ne lâche pas le morceau. (Nathalie)

> T'sais, "combien de clients que tu fais? " T'sais, c'est pas des questions que tu vas poser. Ou t'sais, "as-tu un *pimp*? ", "es-tu avec un agent? " T'sais, c'est là où est-ce que l'éducation, pis la sensibilisation est importante, t'sais. […] En posant ces questions-là, c'est qu'on dirait quasiment que tu rabaisses la femme, t'sais. (Mathilde)

Faissner et al. (2024) ont également rapporté les questions intrusives ou voyeuristes comme une manifestation de la stigmatisation des travailleuses du sexe, lors de leur étude sur l'accès aux soins des travailleuses du sexe en Allemagne.

<u>L'infantilisation des travailleuses du sexe :</u>

Lors de leur étude sur la stigmatisation subtile des problèmes de santé mentale, Gonzales et al. (2015) ont identifié la présomption d'infériorité comme une forme de microagression. Cette présomption d'infériorité se manifestait notamment par une présomption d'incompétence des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Autrement dit, les personnes qui perpétraient ce type de microagression avaient tendance à assumer que les personnes ayant des troubles de santé mentale étaient moins compétentes que les autres. Dans un même ordre d'idée, les témoignages de certain.e.s participant.e.s indiquent que certain.e.s professionnel.le.s de la santé semblent également perpétuer des microagressions qui illustrent une présomption d'infériorité chez les travailleuses du sexe manifestée par leur infantilisation, qui serait également liée à une présomption de leur incompétence.

Mathilde explique que, comme le travail du sexe n'est généralement pas considéré comme un vrai travail au sein de la société, plusieurs professionnel.le.s de la santé considèrent que le travail du sexe n'est jamais un choix et considèrent donc les travailleuses du sexe comme des victimes. Certaines travailleuses du sexe qui considèrent avoir fait un choix peuvent se sentir infantilisées par les professionnel.le.s qui ont cette opinion, puisqu'elles ont l'impression que leur agentivité est ignorée.

> C'est encore là, c'est le stigma, que c'est pas considéré comme un vrai travail, que... T'sais, si tu fais ça par choix, c'est pas nécessairement un choix. T'sais, ce que je vois aussi, c'est soit qu'il y a des professionnels de santé qui vont être trop sensibles à ce sujet-là, fait que comme les femmes ont senti qu'elles ont été infantilisées. (Mathilde)

Mathilde mentionne un autre exemple de l'infantilisation des travailleuses du sexe. Elle explique que certain.e.s professionnel.le.s de la santé peuvent avoir l'impression que les travailleuses du sexe ne sont pas en mesure de faire les meilleurs choix pour leur santé. Elle raconte que plusieurs travailleuses du sexe lui ont mentionné avoir eu de la difficulté à obtenir la PrEP, ou la prophylaxie préexposition, une médication préventive pour le VIH, lorsqu'elles ont mentionné être travailleuses du sexe à un médecin. Selon Mathilde, les professionnel.le.s de la santé craindraient qu'en prescrivant cette médication de prévention pour le VIH, les travailleuses du sexe arrêtent d'utiliser le condom avec leurs clients. Ils et elles n'ont pas confiance en la capacité des travailleuses du sexe à prendre en main leurs propres moyens de protection contre les ITSS et à choisir la meilleure option pour elles.

> Et là, tu sais, dans des contextes que j'ai entendus, c'est que les femmes ne veulent même pas nommer qu'ils font un travail du sexe, parce qu'ils vont se faire dire, ben, cette pilule-là, c'est pas juste ça qu'on peut te donner comme prévention. (Mathilde)

Cet exemple illustre bien que certain.e.s professionnel.le.s assument l'incompétence des travailleuses du sexe à prendre en main leur propre moyen de se protéger des ITSS, dont le VIH.

4.2.2.4.1.3 Les discriminations comme manifestions de la stigmatisation des travailleuses du sexe au sein du système de santé

Bien que presque tous les participant.e.s aient parlé de la stigmatisation des travailleuses du sexe dans les milieux de santé, la plupart des participant.e.s ont mentionné ne jamais avoir été témoins de discrimination envers les travailleuses du sexe comme manifestation de cette stigmatisation. Quelques participant.e.s ont tout de même mentionné avoir été témoins de discriminations envers les travailleuses du sexe au sein du système de la santé ou s'être fait raconter de telles situations par des collègues ou par des travailleuses du sexe.

Togioka et Young (2025) définissent la discrimination dans les soins de santé « comme des actions négatives ou un manque de considération dirigé envers un individu ou un groupe, basés sur des idées préconçues à propos de leur identité » [traduction libre]. Trois exemples de discriminations sont ressortis des entretiens : les violences gynécologiques, le manque d'attention portée au bien-être global de la patiente et la minimisation de la douleur.

Les violences gynécologiques :

Nathalie mentionne avoir été mise au courant de plusieurs situations qu'elle qualifie de violences gynécologiques auprès de travailleuses du sexe. Elle explique que plusieurs travailleuses du sexe lui ont parlé de mauvaises expériences qu'elles ont vécues avec d'autres professionnel.le.s de la santé. Elle a parfois été choquée d'entendre les expériences de ces femmes.

> Moi, je lutte, là, je trouve ça phénoménal, le nombre de violences gynécologiques, là, qui [sont] fait[es]. Des examens qui [sont] faits pour rien, aucune écoute, là, t'sais. La fille, elle vient, elle saigne tout croche, t'sais, y a même pas de dépistage de fait, t'as même pas checké sa contraception, ouais. T'sais, ouais, je... Oui, oui, y en a beaucoup de... J'en ai vu des affaires que je me disais, voyons donc c'est qui qui t'as vu, t'sais. (Nathalie)

Les violences gynécologiques réfèrent à plusieurs pratiques des professionnel.le.s de la santé qui consolident une relation de subordination entre le ou la professionnel.le et la patiente (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023). Ces pratiques incluent, entre autres, cacher ou refuser de donner des informations, émettre des commentaires ironiques, infantiliser la patiente, conduire des examens sans le consentement de la patiente, poser des actions non nécessaires, utiliser des procédures intentionnellement douloureuses et peuvent aller jusqu'à la violence physique ou sexuelle (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023). Bien que ces chercheur.euse.s n'utilisent pas le terme violence gynécologique pour décrire ces situations, Faissner et al. (2024) décrivent des situations de discrimination similaires dans leurs études sur l'accès aux soins des travailleuses du sexe en Allemagne. Lors de leur étude, ces chercheur.euse.s ont remarqué que les participant.e.s mentionnaient plusieurs formes de discrimination des travailleuses du sexe dans le contexte de soins gynécologiques et obstétriques. Les participant.e.s à leur étude donnent l'exemple d'un gynécologue qui avait réagi négativement à la grossesse d'une travailleuse du sexe, en assumant

qu’elle ne voulait pas l’enfant. Les participant.e.s mentionnent aussi que certain.e.s médecins, dont des gynécologues, ont tendance à moins prendre les plaintes des travailleuses du sexe au sérieux.

Les travailleuses du sexe étant une population marginalisée à l’intersection de plusieurs systèmes d’oppression (Grittner et Walsh, 2020), il semble tout à fait logique qu’elles soient vulnérables aux violences gynécologiques. En effet, bien que les violences gynécologiques découlent en grande partie de violences structurelles de genre, elles seraient à la croisée de différents systèmes d’oppression (Chancogne et Lévesque, 2024). Le féminisme intersectionnel révèle que la position d’un individu face à ces divers systèmes d’oppression influence son expérience dans un contexte de soins gynécologiques (Toupin et Lévesque, 2025).

Le manque d’attention portée au bien-être global de la patiente :

Quelques participant.e.s ont mentionné avoir été témoins ou s’être fait raconter des situations où des professionnel.le.s de la santé ne portaient pas ou peu attention au bien-être de leurs patientes travailleuses du sexe durant leur visite à l’hôpital. Nathalie mentionne que des travailleuses du sexe lui ont raconté que certain.e.s professionnel.le.s de la santé ne prenaient pas le temps de poser des questions ou d’expliquer ce qu’ils ou elles faisaient à leurs patientes, ce qui rendait ces dernières inconfortables.

> elles me le disent aussi, t'sais, là, " j'ai vu, j'ai pas eu de questions, y a personne qui m'expliquait ça. Je me suis pas sentie bien, je suis partie ", t'sais, à l'urgence. T'sais, pis ils sont repartis à l'urgence sans avoir de soin ou de l'examen, t'sais, qui aurait été malade qu’ils aillent , t'sais, mais parce qu'ils se sentaient pas bien, t'sais. (Nathalie)

Nathalie donne un autre exemple du manque de considération portée au bien-être d’une patiente travailleuses du sexe. Elle raconte avoir accompagné une patiente à l’hôpital à la suite d’une agression sexuelle de cette patiente pour faire une « trousse de viol », c’est-à-dire une trousse médico-légale qui « été conçue afin d’assurer à toutes les victimes se présentant à un centre hospitalier un accueil approprié ainsi que les soins dont elles ont besoin, et d’autre part, de documenter la preuve dans le cadre de démarches médico-légales » (Collège des médecins du Québec, s. d.). Elle mentionne que sa patiente a vécu une très mauvaise expérience. Le personnel

de l'hôpital en question lui a fait répéter de nombreuses fois la raison de sa consultation et n'ont pas fait d'effort pour assurer la confidentialité de la raison de consultation de la patiente.

> Mais t'sais, je suis déjà allée à Notre-Dame faire une trousse du viol à Notre-Dame, pis t'sais, la fille, elle me l'a dit, 'si t'avais pas été là, je serais partie'. Parce qu'ils vont te demander ta raison de consultation comme 6 fois, c'est comme « Ben, je débarque, on a appelé pour ça, tu veux tu parler au microphone aussi, là, t'sais, tu veux tu le dire à tout le monde. (Nathalie)

Un autre exemple de ce manque de considération pour le bien-être des travailleuses du sexe est le désinvestissement des professionnel.le.s de la santé envers leurs patientes travailleuses du sexe. Comme mentionné dans la section sur les stéréotypes, étant donné que plusieurs professionnel.le.s de la santé ont l'impression que les travailleuses du sexe ne prennent pas soin de leur santé, ceux-ci et celles-ci s'investissent moins auprès de ces patientes. Leurs soins peuvent alors être moins complets ou moins axés sur leur santé globale de la patiente. Par exemple, certain.e.s professionnel.le.s de la santé ne prennent pas le temps de s'assurer de la sécurité de leurs patientes travailleuses du sexe lorsqu'elles obtiennent leur congé, même lorsqu'il s'agit de patientes plus vulnérables à la violence.

> T'sais, des petites délicatesses, ça, je trouve qu'il y en a pas beaucoup, t'sais, comme on va faire avec d'autres, t'sais. (Nathalie)

> T'sais, ils ne posent pas la question quand [les travailleuses du sexe] ont congé de l'urgence : où est-ce qu'[elles] s'en vont ? […] Mais comme, t'sais, des fois, c'est pas sécuritaire ou ce qu'[elles] sont, là. Mais, comme, ils prennent… Des fois, ils prennent même pas la peine de vérifier si c'est sécuritaire quand elle va sortir, t'sais. (Sarah)

Les situations décrites par ces participantes représentent des discriminations puisqu'elles témoignent d'un manque de considération à l'égard des travailleuses du sexe, ce qui est inclus dans la définition de la discrimination dans les soins de Togioka et Young (2025).

<u>Minimiser les expériences de douleur en lien avec l'intersection du travail du sexe et des troubles liés à l'usage de substance :</u>

Plusieurs professionnel.le.s de la santé ont mentionné que les personnes qui ont des troubles liés à l'usage de substances sont particulièrement susceptibles d'être jugées ou de voir leurs expériences de douleur être minimisées par les professionnel.le.s de la santé.

> C'est sûr qu'une des plus grosses barrières d'accès aux soins c'est les troubles liés à l'usage. À cause de justement ce risque-là que les gens ne les croient pas. (Léa)

Sophie raconte avoir été témoin d'une situation qu'elle considère comme discriminatoire. Lorsqu'une patiente travailleuse du sexe consommatrice de drogue était à l'hôpital, elle a remarqué que plusieurs infirmier.ère.s étaient hésitant.e.s à fournir les doses de médicaments qui étaient nécessaires pour soulager la douleur de la patiente. Les doses de ces médicaments étaient importantes, étant donnée la tolérance de la patiente. Sophie mentionne que certain.e.s infirmier.ère.s ne voulaient pas administrer ces doses, bien qu'elles étaient prescrites. Cette situation est effectivement une discrimination indirecte puisque la crainte des infirmier.ère.s, liée aux doses élevées de médicaments, se manifeste par une action négative envers la patiente, soit le refus de lui administrer une dose prescrite par un médecin. La discrimination peut être qualifiée d' « indirecte » puisqu'elle n'est pas effectuée parce que la patiente est travailleuse du sexe. C'est plutôt le besoin de cette travailleuse du sexe de recevoir de très fortes doses de médicaments qui l'expose à une discrimination.

> C'était une consommatrice de drogues. Pis tout ce qui était antidouleur, médication pour dormir, c'était des... Des doses immenses que... Si moi, je prends ça comme …je meurs là. Parce qu'elle avait développé comme une certaine tolérance. Pis y'en a des infirmières qui étaient comme pas à l'aise de lui donner cette dose-là, de peur qu'il arrive quelque chose. Mais si elle avait pas ces doses-là, elle était pas soulagée la patiente. Fait que, t'sais, elle avait le droit, c'était prescrit, elle les tolérait bien. Fait que ça, c'était comme un peu... Je pense qu'on peut dire que c'est un peu discriminatoire. Parce qu'un patient qui est pas...toxicomane, il aurait eu ses doses, qui le soulagent. (Sophie)

Elle a aussi remarqué que si la patiente n'était pas soulagée une fois les antidouleurs administrés, les infirmier.ère.s avaient moins tendance à appeler le médecin pour demander si d'autres options étaient envisageables afin de soulager cette patiente.

> Pis... T'sais, des fois même, si c'était pas soulagé avec ces doses-là, peut-être qu'ils avaient moins tendance à appeler le médecin et demander : "Ah, elle est pas soulagée, est-ce qu'on peut faire d'autres choses? " (Sophie)

Selon Léa, les patient.e.s qui ont un problème de consommation de drogues ont également plus de chance que les professionnel.le.s poussent moins loin les examens, puisqu'ils et elles assument que la douleur des patient.e.s n'est pas réelle et qu'ils et elles ne cherchent qu'à obtenir des anti-douleurs.

> Si tu rajoutes en plus un trouble lié à l'usage et que c'est une personne qui se présente pour de la douleur pas beaucoup mais souvent les gens vont dire la personne est juste là pour avoir de la drogue, ça arrive beaucoup. Puis ça c'est encore une autre barrière qui peut même rebuter un professionnel de dépister. Tu sais, si les prises de sang sont correctes, est-ce que le professionnel va avoir envie d'aller faire un rayon X, d'aller plus loin, pas nécessairement. (Léa)

Les troubles de consommation de drogue étant des problèmes de santé stigmatisés (Logie et Nyblade, 2024), le cadre conceptuel de Stangl et al. (2019) sur la stigmatisation liée à la santé vient éclairer l'analyse de cette discrimination. En effet, il est possible de repérer les quatre éléments constitutifs de la stigmatisation liée à la santé du cadre de Stangl et al. (2019) dans les propos des participantes, soit les moteurs de la stigmatisation, les facilitateurs de la stigmatisation, le marquage d'un ou de plusieurs stigmates et les manifestations de la stigmatisation.

Le moteur de la stigmatisation :

Les propos de Léa illustrent l'un des moteurs de la stigmatisation des travailleuses du sexe ayant un trouble d'usage de substance. Le stéréotype selon lequel les personnes utilisatrices de drogue exagèrent ou simulent leur douleur afin d'obtenir des drogues semble être un moteur de la stigmatisation, puisque Léa mentionne la possibilité que des professionnel.le.s de la santé ne croient pas la douleur des personnes ayant un trouble de l'usage. Ce moteur de la stigmatisation est également illustré par les propos de Sophie qui mentionne que lorsqu'un patient dit ne pas être soulagé par les doses d'antidouleurs administrées, les infirmier.ère.s ont moins tendance à appeler un médecin pour augmenter les doses que s'il s'agit d'un.e autre patient.e.

Les facilitateurs de la stigmatisation :

Les doses impressionnantes de médicaments, liées à la tolérance de la patiente semblent, quant à elles, être un facilitateur de la stigmatisation au sens où l'entendent Stangl et al. (2019), c'est-à-

dire un facteur susceptible d'augmenter ou de diminuer la stigmatisation. En effet, Sophie mentionne que les doses impressionnantes de médicaments contre la douleur destinées à une patiente travailleuse du sexe contribuaient à l'hésitation des infirmier.ère.s à les administrer puisque ces dernières craignaient les effets d'une telle dose. À l'inverse, Sarah, mentionne un facteur qui peut réduire la stigmatisation des travailleuses du sexe consommatrices de drogue. Elle mentionne qu'à l'endroit où elle travaille, la présence de toxicologues permet un meilleur service envers les patients ayant un trouble de l'usage.

> parce qu'on dessert beaucoup de clientèle en toxicomanie. Donc, [on a] beaucoup de services de dépendance à mon hôpital. […] Fait que, t'sais, quand on donne pas des médicaments, on se fait chicaner par les toxicologues, là, t'sais. (Sarah)

Le marquage :

Les travailleuses du sexe ayant des problèmes de consommation sont marquées de plusieurs stigmates qui influencent leurs expériences de stigmatisation. Les expériences de stigmatisation de ces travailleuses du sexe sont ainsi influencées par l'interaction entre le stigmate du travail du sexe et celui du trouble de l'usage.

Mathilde ajoute que d'autres stigmates peuvent venir interagir avec celui du travail du sexe et du trouble de l'usage, soit ceux du trouble de santé mentale et de l'itinérance. Elle mentionne qu'il arrive que les femmes en situation d'itinérance qui font du travail du sexe pour subvenir à leur consommation de drogue ne soient pas prises au sérieux lorsqu'elles se présentent à l'hôpital. L'interaction des étiquettes de travailleuses du sexe, consommatrices de drogues et personnes en situation d'itinérance va faire que leurs problèmes de santé ne sont pas pris au sérieux par les professionnel.le.s de la santé qui vont tout de suite les associer à un quatrième stigmate, celui des troubles de santé mentale. Les professionnel.le.s de la santé vont alors prendre pour acquis que leurs problèmes sont liés à leur santé mentale.

> des personnes que je vais rejoindre, qui justement, vont offrir des faveurs sexuelles en lien avec leur consommation, t'sais. Fait qu'après ça, t'arrives à l'hôpital pour des soins de santé, pis c'est comme : " ben, c'est sûrement juste une droguée, là, qui, t'sais…" Fait qu'ils sont pas prises au sérieux, là. T'sais, t'es étiquetée consommateur, plus travailleuse du sexe, plus personne en situation d'itinérance, t'sais, c'est dans ta tête, là, fait qu'ils vont t'amener en santé mentale, là.. (Mathilde)

Les manifestations de la stigmatisation :

Dans les exemples donnés par Léa, Sophie et Mathilde, la stigmatisation se manifeste par des pratiques discriminatoires des professionnel.le.s de la santé, soit le refus d'administrer certaines médications, le fait de ne pas chercher à soulager davantage les patientes qui disent que la dose administrée était insuffisante pour les soulager, le fait de ne pas pousser les examens plus loin lorsqu'un premier examen ne révèle pas la cause de la douleur et le fait d'assumer que les symptômes des patients sont liés à leur santé mentale, que leurs problèmes de santé sont « dans leur tête ».

4.2.2.4.1.4 Conséquence de la stigmatisation : les refus de soins

Il est mentionné dans la littérature que les expériences passées de stigmatisation peuvent décourager les travailleuses du sexe à chercher des soins dans le futur (Faissner et al., 2024). Les entrevues auprès des professionnel.le.s de la santé et des intervenantes confirment ce phénomène, mais permettent d'ajouter que la stigmatisation peut pousser les travailleuses du sexe à mettre fin à un épisode de soins avant même que leurs traitements soient terminés et que leurs besoins de soins soient satisfaits. En effet, plusieurs participant.e.s ont mentionné que, lorsque les travailleuses du sexe se sentent stigmatisées, elles risquent de quitter l'hôpital sans avoir reçu les soins nécessaires. Plusieurs participant.e.s en ont été témoins.

Mathilde raconte avoir accompagné une travailleuse du sexe victime de violence de la part de son proxénète à l'urgence. La femme en question s'était ouvert une bouteille de vin à l'hôpital et une infirmière a eu une mauvaise réaction à ce comportement, ce qui a poussé la travailleuse du sexe à quitter l'hôpital sans recevoir de soins.

> Moi, il y a une femme, un matin, elle m'appelle, elle disait, " Mathilde, je suis à l'urgence ". Je vais la voir, puis son *pimp* l'avait défigurée, genre défigurée. Puis, la femme s'est ouvert une bouteille de vin. L'infirmière, elle est rentrée, puis elle était comme : "Elle boit, elle consomme! Elle consomme ! " Je suis comme : " elle vient de se faire battre, peux-tu lui laisser prendre sa gorgée, là ? " T'sais, la [travailleuse du sexe] elle a quitté, sans même avoir vu le médecin, par la suite de l'intervention de l'infirmière. (Mathilde)

Sarah mentionne qu'il arrive souvent que, lorsqu'elles ne se sentent pas en confiance, les travailleuses du sexe signent un refus de traitement et quittent le centre hospitalier où elles travaillent. Ceci nuit à l'obtention de soins complets, d'où l'importance pour les professionnel.le.s de la santé de s'adapter à la réalité de leurs patientes et de s'assurer d'être très doux avec les travailleuses du sexe, puisqu'elles ont probablement vécu de mauvaises expériences par le passé.

> Fait que, tu sais, il faut être hyper douce, puis c'est pas tout le monde, puis elle va partir. Souvent, ils vont signer un refus de traitement, puis ils vont faire comme, OK, *ciao*, je m'en vais. Fait que, comme, tu sais, c'est pas leur faute, là, il y a plein d'aspects pour pourquoi elles sont comme ça, mais je trouve que ça aussi, ça fait un obstacle à leur santé. (Sarah)

Catherine explique que les travailleuses du sexe avec lesquelles elle travaille lui mentionnent souvent qu'elles se sentent jugées ou incomprises par les professionnel.le.s avec qui elles ont un suivi, au niveau psychologique ou médical. Le fait de se sentir jugées ou de ne pas se sentir bien avec un.e professionnel.le de la santé va faire qu'elles arrêtent leur suivi avec ce.tte professionnel.le de la santé.

> Les filles, des fois, se sentent jugées, puis arrêtent les séances, soit avec les professionnels, parce qu'ils ne se sentent pas bien, se sentent juger, pas comprises. Ça fait que ça, c'est souvent des choses que j'entends. (Catherine)

4.2.2.4.2 L'impact de la stigmatisation sur les dimensions de la pertinence des services et de la capacité à s'engager et à s'impliquer dans le processus de soin de Levesque et al. (2013)

En s'appuyant sur les dires des participant.e.s, il est possible de conclure que la stigmatisation des travailleuses du sexe en milieu de soins est bel et bien une réalité au Québec. En reprenant le cadre de Levesque et al. (2013), on comprend que la stigmatisation peut avoir un effet négatif sur l'accès aux soins. Levesque et al. (2013) expliquent que les interactions entre les usager.ère.s des services et les prestataires de soin ont un impact sur les dimensions de l'accès aux soins. En suivant le cadre de Levesque et al. (2013), on comprend que la stigmatisation nuit à la pertinence des services offerts (dimension de l'offre) en diminuant la qualité interpersonnelle de ces services. Elle nuit également à la capacité des travailleuses du sexe à s'engager et à s'impliquer dans le processus de soin (dimension de la demande) en diminuant la motivation des travailleuses du sexe victimes de

stigmatisation à se soumettre à un traitement jusqu'à sa complétion, ce qui est bien illustré par les refus de soins des travailleuses du sexe qui vivent de mauvaises expériences en milieu médical.

4.2.2.4.3 Les barrières et les facilitateurs à l'accès aux soins liés à la révélation du travail du sexe et ceux liés à la dissimulation du travail du sexe

Il est expliqué, dans la littérature, qu'il existe certains risques et certains avantages liés à la révélation du travail du sexe aux professionnel.le.s de la santé. Benoit et al. (2019), dans leur étude sur les coûts et les bénéfices liés au dévoilement du travail du sexe dans un contexte de soins, mentionnent que certaines travailleuses du sexe avaient vécu de la stigmatisation en révélant leur emploi aux professionnel.le.s, mais que la plupart des autres avaient eu une expérience de soins positive, puisque les soins étaient plus appropriés à leurs besoins et qu'elles avaient vu une amélioration de la qualité de la relation avec le ou la professionnel.le de la santé. Il semblait donc pertinent d'interroger les participant.e.s sur le dévoilement du travail du sexe de leur patiente, afin de mieux comprendre la manière concrète dont le dévoilement du travail du sexe peut améliorer l'accès à de meilleurs soins et de vérifier si les participant.e.s voyaient des risques au dévoilement du travail du sexe.

4.2.2.4.3.1Révéler le travail du sexe

4.2.2.4.3.1.1 Le risque de stigmatisation

Bien que ce ne sont pas tou.te.s les professionnel.le.s de la santé qui jugent ou stigmatisent les travailleuses du sexe, certain.e.s participant.e.s ont mentionné le jugement de la part des professionnel.le.s de la santé comme un risque associé au dévoilement du travail du sexe.

> En dévoilant, évidemment, là. Si le professionnel, là, ou là, est pas ouvert à ça, puis que, d'emblée, ils vont mettre une étiquette sur la personne, c'est sûr que ça amène plus de stigmatisation. Catherine

Catherine mentionne toutefois que les travailleuses du sexe peuvent vivre du jugement des professionnel.le.s de la santé à cause de leurs comportements sans même révéler être travailleuses

du sexe. Elle donne l'exemple d'une travailleuse du sexe qui s'était sentie jugée par un médecin puisqu'elle avait eu plusieurs avortements.

> Tu sais, par exemple, là, j'en ai une, là, qui a vécu des avortements à répétition, là. Fait que c'est sûr que le médecin, à un moment donné, a moins de compréhension, là. : Elle se sentait jugée, là, plus, sans dire nécessairement ce qu'elle faisait, mais... tu sais, elle se faisait jugée par rapport au fait que, bon, troisième avortement en deux ans, par exemple, bien... Là, là, tu sais, pour elle, c'était difficile, là, d'aller de l'avant, parce qu'elle se sentait jugée, puis elle se sentait pas bien, là, pas bien accueillie. (Catherine)

Autrement dit, le fait de cacher le travail du sexe aux professionnel.le.s de la santé ne leur permet pas toujours d'éviter le jugement puisque celui-ci peut être manifesté envers les comportements des travailleuses du sexe et non envers le travail du sexe en tant que tel. Les travailleuses du sexe sont particulièrement à risque de vivre de jugement de la part de professionnel.le.s de la santé, même si ces dernier.ère.s ne sont pas au courant du travail du sexe de leur patiente, puisque certains comportements des travailleuses du sexe, comme le fait d'avoir un nombre élevé de partenaires sexuels peuvent être stigmatisés. Urone et al. (2024) mentionnent justement que certains comportements sexuels sont encore largement condamnés à cause de préjugés sexistes et de l'association de ces comportements à l'immoralité.

4.2.2.4.3.1.2 La possibilité d'avoir une meilleure expérience avec un.e professionnel.le de la santé

Plusieurs participant.e.s ont indiqué que de savoir que leur patiente est une travailleuse du sexe leur permet d'adapter certaines pratiques afin de favoriser une bonne expérience de soins pour cette patiente. Léa, par exemple, mentionne qu'elle aime savoir que sa patiente est travailleuse du sexe puisque cela lui permet d'être compréhensive avec sa patiente même si cette dernière se montre fermée, puisqu'elle comprend que cette fermeture est probablement due à des mauvaises expériences passées.

> si c'est une travailleuse du sexe je vais pas m'attendre mais je peux anticiper un peu plus une froideur et un mur, une barrière de protection et j'apporte plus de compréhension pour ça (Léa)

Même si elle le fait avec tou.te.s ses patient.e.s, Léa porte une attention particulière au consentement et s'assure de bien expliquer chacun de ses gestes lorsque sa patiente est travailleuse du sexe, afin que cette dernière se sente confortable.

> avant toute chose je vais demander "est-ce que c'est correct pour que je fasse ça"… je vais expliquer un peu plus surtout quand c'est des choses qui touchent des zones intimes, des secteurs du corps où les gens ne veulent pas être touchés, moi je me mets dans leur peau. Quand c'est une travailleuse du sexe, je ne dirais pas que je le fais différemment, mais je vais porter une petite attention supplémentaire. (Léa)

Mathieu mentionne qu'il préfère savoir lorsque sa patiente est travailleuse du sexe dans un contexte de consultation pour dépistage d'ITSS, car cela lui permet d'adapter les questionnaires afin que le rendez-vous se passe mieux pour la patiente. Il explique qu'avec l'expérience, lorsqu'il sait que sa patiente est travailleuse du sexe, il laisse tomber certaines questions de son questionnaire qu'il est inutile de poser, pour faciliter la rencontre. Il explique que les personnes moins familières avec cette population pourraient par exemple demander le nombre de partenaires sexuels d'une travailleuse du sexe et ensuite avoir une réaction spontanée lorsqu'elles apprennent ce nombre, ce qui pourrait être perçu comme du jugement par les travailleuses du sexe.

> Il y a des questions que pour évaluer le risque d'une personne standard, une personne non-travailleuse du sexe, que je vais poser pour évaluer son risque, par rapport aux ITSS. Tu me dis que tu es une travailleuse du sexe, je ne t'en pose aucune des questions. Je te mets tout de suite dans la catégorie à risque. Fait que je skip ça. (Mathieu)

> c'est une des raisons que les travailleuses du sexe des fois ne veulent pas aller se faire dépister quand elles tombent sur quelqu'un qui ne connaît pas nécessairement le milieu. Elle [une professionnelle de la santé] va [demander] : "Bon, tu as eu combien de partenaires sexuels dernièrement? " "Dix." "Dans la dernière année?" "Non, madame. Hier." Fait que plutôt que de se faire devoir taper ça, bien, quand tu apprends à travailler avec, tu vas *skipper* certaines questions. (Mathieu)

4.2.2.4.3.1.3 La possibilité d'obtenir des soins plus complets

Plusieurs professionnel.le.s de la santé expliquent que, bien qu'il ne soit pas absolument nécessaire qu'ils ou elles sachent que leur patiente est travailleuse du sexe, le savoir leur permet de prodiguer des soins plus complets. Ceci peut être particulièrement pertinent pour les travailleuses du sexe de rue qui ont plus de chance d'avoir des pratiques sexuelles qui les mettent à risque de contracter des ITSS. Savoir que leur patiente est travailleuse du sexe peut permettre aux professionnel.le.s de

la santé d'offrir des traitements d'ITSS précoces, même si ce n'est pas la raison de consultation initiale.

> Ils ne disent pas qu'ils sont travailleuses du sexe. Puis, comme, tu sais, nous, au centre, on peut leur offrir, par exemple, des traitements précoces de chlamydia ou de syphilis quoi que ce soit. On peut leur donner, tu sais, même s'ils ne sont pas là de base pour ça, mais le fait qu'ils ne disent pas, puis comme, tu sais, c'est un peu difficile. (Sarah)

De plus, Sarah mentionne que dans un contexte où une travailleuse du sexe vulnérable consulterait à la suite d'une agression par son proxénète par exemple, savoir que la patiente est travailleuse du sexe et connaître sa situation permet aux professionnel.le.s de la santé et aux intervenant.e.s du centre où elle travaille de trouver des ressources, afin d'assurer la sécurité de cette patiente lorsqu'elle quittera le centre.

> c'est aussi leur sécurité, tu sais, comme, c'est pas la même chose d'un client ou quand c'est leur *pimp* qui les agresse, tu sais, la sécurité n'est pas pareille. Puis, s'ils ne nous le disent pas, on ne peut pas déclencher des démarches pour assurer leur sécurité à la suite qu'ils sortent du centre, tu sais. (Sarah)

Les professionnel.le.s de la santé peuvent également mettre leurs patientes travailleuses du sexe au courant de ressources ou d'organismes existants qui pourraient les intéresser ou leur venir en aide. Mathieu donne un exemple d'intervention qu'il peut effectuer s'il est au courant du travail du sexe de sa patiente :

> "Connais-tu les organismes communautaires qui sont là pour se supporter? " "Non ? Bien, t'sais, tel organisme communautaire a une publication mensuelle [en ligne], entre autres, il parle des délinquants, des gens qui sont agressifs. " "Ah, c'est intéressant" "veux-tu y aller? " Fait que je vais ouvrir la porte sur d'autres sujets. (Mathieu)

4.2.2.4.3.2 Dissimuler le travail du sexe et les véritables besoins

Selon Julie, l'anticipation de la stigmatisation peut pousser les travailleuses du sexe à cacher leur travail du sexe et leurs véritables besoins et à consulter à plusieurs endroits différents, alors que, selon elle, l'idéal est une continuité des services pour avoir les meilleurs soins.

> Je pense vraiment qu'il y a vraiment un risque de jugement. Donc, vraiment à plusieurs endroits, là. Même des gens de bonne volonté, mais qui n'ont pas réfléchi à cette réalité-là, qui n'ont pas eu de contact

> […] Puis là, dans ce temps-là, il y a des mensonges. Ils camouflent. Ils ne disent pas leurs véritables besoins. Puis peut-être, j'imagine qu'ils peuvent aller à différents endroits. Alors que quand on a de la bonne continuité, on peut beaucoup mieux les aider au niveau des soins, au niveau des services. (Julie)

Dissimuler le travail du sexe permet donc potentiellement d'éviter la stigmatisation, mais peut faire que les soins sont moins complets, puisque leurs véritables besoins ne sont pas révélés et qu'il peut y avoir un manque de continuité dans les soins.

4.2.3 Impact de la criminalisation sur les barrières à l'accès aux soins

La criminalisation est reconnue comme une barrière à l'accès aux soins dans la littérature, notamment parce qu'elle favoriserait la violence envers certaines travailleuses du sexe et car elle empêche la reconnaissance du travail du sexe comme un emploi légitime, ce qui peut limiter l'accès à des assurances secondaires (Squires, 2024). Comme les services sociaux et de santé accessibles grâce à l'assurance maladie varient en fonction des provinces, il est intéressant de se pencher sur la manière dont les intervenant.e.s et les professionnel.le.s de la santé au Québec voient l'impact de la criminalisation sur l'accès aux soins dans cette province.

4.2.3.1 Les effets de la non-reconnaissance du travail du sexe sur l'accès aux services non couverts par la RAMQ et aux programmes d'aide sociale.

Comme le travail du sexe n'est pas un travail reconnu, les travailleuses du sexe n'ont pas accès à des assurances secondaires auprès d'un.e employeur.euse (Squires, 2024). Les travailleuses du sexe doivent donc débourser pour les services de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie du Québec, la RAMQ. Catherine mentionne que certaines travailleuses du sexe qu'elle rencontre font beaucoup d'argent et ont donc les moyens de se payer ses services de santé, mais que les femmes qui font du travail du sexe de rue ont quant à elle souvent recours à des programmes d'aide sociale. Elles ont donc accès aux services offerts par le programme d'aide sociale, mais doivent se passer des services non couverts par ce programme.

> Ça dépend des travailleuses du sexe, là, les filles, parce qu'il y en a qui font vraiment beaucoup d'argent, puis qui vont se payer des soins de leur poche, au privé, ou peu importe, là, les soins qu'ils ont besoin, qui ont pas d'assurance, ils vont se les payer, il y a pas de problème. Mais il y en a d'autres que, non, là, tu sais, exemple, les femmes qui travaillent dans la rue, eux autres, bien, ils sont plus sur l'aide sociale,

> là. Donc, là, ils vont avoir les services gratuits de l'aide sociale, mais sinon, ils vont s'en passer carrément, là. (Catherine)

Mathilde, quant à elle, explique que la couverture de l'aide sociale donne accès aux travailleuses précarisées à certains services, mais que ceux-ci sont très limités. Elle mentionne, par exemple, que certaines médications ne sont pas couvertes par l'aide sociale et que certains services, comme les services de dentiste et d'optométrie, sont seulement accessibles après une longue période de temps.

> mais encore là tu sais les services pour les yeux, mettons, c'est qu'il faut que tu sois deux ans ou trois ans sur l'aide sociale, avant de recevoir les soins. (Mathilde)

Même pour les travailleuses du sexe qui gagnent bien leur vie, le fait que le travail du sexe ne soit pas reconnu comme un vrai emploi semble nuire à leur accès à certains services. Les travailleuses du sexe qui doivent arrêter le travail pour une raison médicale par exemple, peuvent avoir de la difficulté à accéder aux programmes sociaux pouvant leur venir en aide. Julie mentionne que comme il n'y a pas d'employeur.se auprès de qui les travailleuses du sexe peuvent obtenir une preuve de revenu, les procédures pour accéder à certains programmes sociaux en cas d'arrêt de travail pour des problèmes de santé sont assez complexes. Afin d'obtenir les prestations de maladie de l'assurance emploi, par exemple, il faut fournir un relevé d'emploi de l'employeur et démontrer avoir « accumulé 600 heures d'emploi assurable au cours des 52 semaines précédant le début de [la] demande » (Emploi et Développement social Canada, 2015 ; Emploi et Développement social Canada, 2015b). Julie explique qu'il existe toutefois des moyens d'accéder au programme d'aide sociale, mais il faut avoir les connaissances et la patience pour les appliquer. Elle mentionne avoir essayé d'aider une travailleuse du sexe à obtenir l'aide sociale, mais que cette jeune femme a finalement abandonné puisque le processus était trop complexe.

> Moi, je l'ai aidée par rapport à l'aide sociale, parce que quand tu travailles plus, puis là, t'as pas de preuves […]si t'as pas de job avec une compagnie […] On lui a donné un arrêt de travail, mais je veux dire, ça sert à rien, dans le sens que ça… c'est ça. Donc, il a fallu aller à l'aide sociale, puis là, ça a été épouvantablement compliqué, puis là, elle a tout arrêté. (Julie)

En reprenant le cadre de Levesque et al. (2013), on constate que la criminalisation du travail du sexe crée une barrière liée à la dimension de la capacité de payer des travailleuses du

sexe. En effet, comme la criminalisation nuit à l'accès à une assurance secondaire et aux programmes sociaux, les travailleuses du sexe plus démunies et les travailleuses du sexe en arrêt de travail peuvent avoir de la difficulté à se payer des soins qui ne sont pas couverts par la RAMQ.

4.2.3.2 La violence et son effet sur l'accès aux soins

Comme il en était question dans la revue de la littérature et comme mentionné par l'infirmier Mathieu plus tôt dans ce chapitre, la criminalité rend les travailleuses du sexe plus vulnérables à la violence. Or, les propos de Mathilde indiquent que la violence peut mener à de l'évitement de soins. La criminalisation mène donc indirectement, par le biais de la violence, à de l'évitement de soins. Comme mentionné plus tôt par Mathilde, certaines femmes se disent qu'il est inutile de consulter, puisque leur situation de précarité et leur environnement font qu'elles seront probablement victimes de violence à nouveau.

> Les femmes, ce que je remarque ici […] ça va être mis de côté, là, t'sais, les services de santé, parce qu'ils sont comme : " il y a des chances que ça m'arrive encore. Fait que c'est quoi, je vais constamment être à l'hôpital? " (Mathilde)

De plus, certaines femmes éviteraient de consulter car il peut être extrêmement difficile de parler de cette violence avec des professionnel.le.s de la santé, surtout si elles n'ont pas accès à des ressources spécifiques aux travailleuses du sexe.

> Parce que, t'sais, des fois, ça peut être vraiment violent. T'sais, t'es comme : " est-ce que je suis capable, est-ce que je suis à l'aise […] de parler de cette violence-là à quelqu'un d'autre ? ". Fait que toute l'importance de la création de lien, ce qu[i], est difficile. Surtout si, dans les services de santé, services sociaux, il [n']y a pas un réseau spécifique aux travailleuses du sexe. (Mathilde)

Il arrive aussi que les femmes victimes de violence ressentent une certaine pression à porter plainte lorsqu'elles sont à l'hôpital, ce dont elles n'ont pas nécessairement envie lorsqu'elles s'y rendent pour obtenir des soins.

> tu as aussi la pression de porter plainte, parce que là, tu vas nommer ce qui est arrivé, puis tout de suite, ça va être une interrogation avec les policiers.(Mathilde)

Les propos de Mathilde illustrent donc l'un des processus par lesquels la violence peut nuire à l'accès aux soins. En effet, en se basant sur les dires de Mathilde, on comprend que la violence décourage les femmes qui en sont victimes d'avoir recours à des services de santé, puisque elles ont l'impression que de toute façon elles seront à nouveau victimes de violence, et ce d'autant plus qu'elles peuvent ne pas se sentir à l'aise de parler de cette violence aux professionnel.le.s de la santé et puisqu'elles peuvent avoir peur que les professionnel.le.s de la santé les poussent à dénoncer leurs agresseurs.

4.2.3.3 L'emphase mise sur l'infraction plus que sur l'aide chez les policier.ère.s

Plusieurs études ont démontré que toutes les formes de criminalisation du travail du sexe nuisent aux relations entre travailleuses du sexe et policier.ère.s et que les travailleuses du sexe sont moins portées à rapporter des crimes que la population générale (Klambauer, 2018 ; Benoit et al., 2025). Les policier.ère.s auraient tendance à considérer les travailleuses du sexe qui portent plainte pour des violences physiques ou sexuelles comme moins crédibles (Benoit et al., 2025). Par ailleurs, Benoit et al. (2025) rapportent dans leur étude sur la confiance des travailleuses du sexe envers les policier.ère.s, effectuée dans la ville canadienne de Victoria, que les travailleuses du sexe n'ont pas confiance que les policier.ère.s vont répondre à leur préoccupation en cas de besoins. La criminalisation du travail du sexe ferait que les policier.ère.s ne voient pas les travailleuses du sexe comme des citoyennes à part entière et ce, même si la loi actuelle les protège en partie des poursuites criminelles (Benoit et al., 2025). Mathilde vient illustrer, à travers une situation dont elle a été témoin, une autre manière dont la criminalisation du travail du sexe, même partielle, pousse les policier.ère.s à ne pas répondre aux besoins des travailleuses du sexe, ce qui peut ultimement nuire à leur accès à des soins.

Selon Mathilde, la criminalisation partielle du travail du sexe peut faire que les policier.ère.s choisissent de donner des contraventions plutôt que de venir en aide aux femmes qui offrent leur service dans la rue, même si ces dernières ont visiblement besoin d'aide. Elle explique que les policier.ère.s vont se concentrer sur le fait qu'une femme contrevient à la loi plutôt que de prioriser la santé de ces femmes. Elle raconte avoir été témoin d'une situation durant laquelle un policier a donné une contravention à une travailleuse de rue visiblement en détresse psychologique, plutôt

que de lui offrir de l'aide. Lorsqu'elle a demandé au policier pourquoi il n'a pas aidé la femme, ce dernier aurait répondu que son travail est de donner des infractions criminelles.

> j'ai vu récemment une femme qui travaillait à la rue, qui était vraiment désorganisée, tu sais, qui se promenait toute nue dans la rue pour essayer d'avoir des clients. Puis, les policiers ont approché la dame, puis vu que ça faisait plusieurs fois qu'ils intervenaient auprès de cette femme-là, ils ont juste donné une amende parce qu'elle se promenait toute nue, tu sais, sans nécessairement faire comme : " t'as pas de l'air à bien aller, tu sais, c'est pas nécessairement en te promenant toute nue dans la rue que tu vas avoir des clients" […] Puis, moi, j'étais là durant cette intervention-là, puis je me suis pas présentée en tant que travailleuse de rue, parce que je voulais voir du côté, plus comme, je suis une civile. J'ai demandé aux policiers, j'ai dit : " mais pourquoi vous lui offrez pas des services de santé, justement, vous voyez clairement que la femme, elle va pas bien." Il m'a dit : "elle peut aller au CLSC ou appeler au 811." Que sa job à lui, c'était de donner des infractions criminelles. (Mathilde)

Ainsi, selon Mathilde, la loi décourage les policier.ère.s à offrir des services de santé aux travailleuses du sexe en ayant besoin. Elle mentionne que les policier.ère.s ont plus d'empathie pour les femmes qui sont victimes d'exploitation sexuelle de la part d'un autre individu que pour les travailleuses de rue, qui doivent faire du travail du sexe pour subvenir à leurs besoins, mais ne sont pas nécessairement exploitées par une autre personne. Selon elle, les policier.ère.s sont moins sensibilisé.e.s à la réalité des travailleuses du sexe de rue, qui peuvent d'ailleurs elles aussi être victimes d'exploitation, et aux enjeux qui peuvent y être associés, comme les troubles de santé mentale et les troubles de consommation.

> Bien, ça vient, justement, stigmatiser même les policiers à offrir des services en santé pour les femmes, justement, plus désorganisées, là, parce que clairement que, *mettons*, la loi P-38 aurait pu très bien appliquer auprès de cette femme-là, parce qu'elle était un danger pour elle-même. Bien, c'est là où ça vient brimer, puis c'est sûrement même, là, que les policiers ont pas assez de sensibilisation auprès de cette situation-là. Par contre, mettons, si t'es une femme qui vit de l'*exploit*, qui veut être aidée, bien là, tu vois vraiment plus d'empathie auprès des policiers comparé à une travailleuse sexe qui, tu sais, se vend le corps, puis qui est désorganisée. (Mathilde)

Ce que Mathilde mentionne sur l'empathie des policier.ère.s, soit qu'elle serait plus grande envers les femmes victimes d'exploitation qu'envers les travailleuses de rue, semble être un effet de la loi actuelle sur le travail du sexe au Canada. Argento et al. (2020) mentionnent que la loi actuelle confond les travailleuses du sexe avec les victimes de violence et de la traite des personnes. Ainsi, la réalité des femmes qui ne se considèrent pas comme des victimes d'exploitation sexuelle est ignorée. Dans un même ordre d'idée, les propos de Mathilde indiquent que les policier.ère.s semblent venir en aide aux femmes victimes d'exploitation de la part d'un autre individu qui

profite financièrement de leur exploitation sexuelle, mais ignorer les besoins de celles qui ne sont pas victimes d'exploitation sexuelle de la part d'un autre individu, comme un proxénète. Ceci correspond aux propos de Krüsi et al. (2016) qui expliquent que les femmes qui sont forcées à faire du travail du sexe sont vues comme des victimes ayant besoin de protections, alors que les femmes qui ne veulent pas arrêter le travail du sexe, ou qui ne peuvent pas arrêter à cause d'obstacles structurels comme la pauvreté, n'ont pas accès aux droits sociaux et civiques. Ces dernières ont donc moins de chances que les policier.ère.s les aident à accéder à des soins.

4.2.4 Conclusion sur les barrières à l'accès aux soins

Les entretiens menés auprès des participant.e.s ont permis d'identifier trois grands obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe au Québec, soit l'inadéquation entre plusieurs aspects du système de santé québécois et la réalité des travailleuses du sexe, la stigmatisation et la criminalisation. Comme expliqué dans le cadre de l'accès aux soins de Levesque et al. (2013), ces barrières agissent de manières cumulatives. L'accès aux soins pour les travailleuses du sexe est donc influencé par de nombreux facteurs dont les effets s'accumulent.

4.3 Stratégies mises en place par les professionnel.le.s de la santé pour pallier les obstacles à l'accès aux soins

Maintenant que les principales barrières à l'accès aux soins selon les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s sociaux.ales ont été identifiées, il est intéressant de se pencher sur les stratégies que ces dernier.ère.s mettent en place pour pallier ces barrières et améliorer l'expérience de travailleuses du sexe au sein du système de la santé. Les stratégies pour améliorer l'accès aux soins des travailleuses du sexe mises en place par les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s sociaux.ales sont peu décrites dans la littérature. Comme mentionné dans le chapitre sur la méthodologie, en me basant sur les principes de l'interactionnisme symbolique, j'émets l'hypothèse que les professionnel.le.s de la santé sont en mesure de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins malgré les contraintes des structures du système de santé et des structures de la société, telles que la criminalisation. Il semble pertinent de s'attarder sur les

stratégies mises en place par les participant.e.s à cette recherche, afin d'identifier les actions individuelles qui semblent avoir un impact positif sur l'accès aux soins et qui pourraient potentiellement être mises en place par d'autres acteur.rice.s au sein du système de santé québécois.

4.3.1 Stratégies liées à la prise de rendez-vous et aux suivis médicaux

4.3.1.1 Stratégie en lien avec les horaires

Quelques participant.e.s ont affirmé qu'ils et elles adaptent leur horaire dans la mesure du possible pour tenter de faciliter l'accès au soin pour les travailleuses du sexe. Ils et elles vont, par exemple, offrir leur dernier rendez-vous le plus tard possible, comme le mentionne Nathalie.

> Moi, je donnais mon dernier rendez-vous à 4h, là, tu sais. J'veux être sûre que tu vas y arriver et que, tu sais, à venir me voir. Tu sais, pour moi, c'était juste logique, c'était pas trop compliqué pour elle, ça change tout. (Nathalie)

Cette adaptation de l'horaire est plus facile à mettre en place dans des organismes qui se spécialisent envers les travailleuses du sexe. Catherine, qui travaille dans un organisme et se déplace dans les milieux de travail des travailleuses du sexe explique qu'elle adapte son horaire en fonction de celui des travailleuses du sexe. Elle s'assure de pouvoir voir les femmes qui travaillent le jour et celles qui travaillent la nuit, en se rendant sur les milieux de travail à des heures stratégiques, les heures de changement de quart de travail, pour leur offrir des services.

> Comme, par exemple, on va aller, mettons, sur un changement de shift, là. Tu sais, on va aller sur... Le changement de shift est à 4 heures dans les salons de massage, fait qu'on va arriver vers 2h30 pour voir les filles de jour et le temps que les filles de soir arrivent pour voir les filles de soir. Fait qu'on est là, là, vraiment, en fin de journée, là, pour voir les filles qui sont sur les deux shifts. On s'adapte à ce niveau-là. (Catherine)

4.3.1.2 Stratégies liées aux moyens de communication

Comme les appels téléphoniques ne sont pas un moyen de communication idéal pour les travailleuses du sexe, une stratégie mise en place par Nathalie est d'éviter le téléphone comme moyen de communication. Elle utilise le portail en ligne de son milieu de travail avec les

travailleuses du sexe qui le préfèrent pour pouvoir mieux communiquer avec elles. Elle peut également donner son numéro de poste téléphonique aux travailleuses du sexe qui ont accès à un téléphone mais qui n'aiment pas recevoir d'appels, pour que ces dernières puissent la contacter directement en cas de besoin, ce qui facilite le processus de prise de rendez-vous.

> je vais leur donner des rendez-vous, t'sais, justement, plus tard, je vais communiquer avec eux via notre portail, notre plateforme, au lieu de les appeler, t'sais, comme ils font déjà beaucoup d'appels de *bookings*, non, ça marche pas bien, ça, ils aiment pas ça, t'sais, je vais laisser mon numéro pour qu'elles m'appellent direct la prochaine fois. (Nathalie)

Sarah, quant à elle, adapte son suivi lorsque sa patiente est travailleuse du sexe en prenant le temps de s'assurer qu'il y a un moyen de communiquer avec cette dernière pour le suivi et en vérifiant auprès des ressources qui s'occupent du dossier de la patiente que le numéro au dossier est fonctionnel.

> J'ai essayé de m'adapter, surtout pour les rendez-vous, puis tout ça, j'essaie vraiment de trouver une manière de les contacter […] Fait que tu sais, je vais souvent communiquer avec la ressource pour m'assurer que le numéro de téléphone est fonctionnel. (Sarah)

4.3.2 Stratégies pour favoriser une bonne expérience des travailleuses du sexe dans les milieux de soins et éviter la stigmatisation

4.3.2.1 Stratégie pour assurer une bonne relation entre les professionnel.le.s de la santé ou les intervenant.e.s et les travailleuses du sexe

4.3.2.1.1Traiter les travailleuses du sexe comme des expertes

Une stratégie mentionnée par Nathalie afin de favoriser une bonne relation entre elle et ses patientes travailleuses du sexe est de les traiter comme des expertes. Elle explique que, souvent, les travailleuses du sexe qu'elles rencontrent savent ce dont elles ont besoin. Elle les traite donc en expertes et leur laisse l'espace pour expliquer le traitement qu'elles veulent. Ceci vient rejoindre les propos d'une autre participante, Julie, qui explique qu'elle est là pour aider et accompagner les travailleuses du sexe et donc qu'elle ne présume pas savoir mieux que ces femmes ce qui est bon pour elles.

> Je leur dis souvent, moi, je ne le sais pas plus que toi, ce qui va être bon, c'est parce que je vais mettre ma connaissance et mon expérience à ton service. Et ça, je dis ça à toutes. (Julie)

> Je trouve que ça marche bien, ces filles-là, de les traiter en experts. […] C'est des filles qui savent souvent ce qu'ils veulent, t'sais, même dans des cas de détresse, ils savent ce qu'ils viennent chercher, ce qu'ils veulent, j'les traite en experts. (Nathalie)

4.3.2.1.2 Adapter sa manière de parler

Plusieurs professionnel.le.s de la santé ont mentionné qu'ils et elles adaptent leur manière d'interagir en fonction de leur patient.e. Une de ces adaptations passe par le langage. Nathalie explique qu'elle adapte sa manière de communiquer selon ses patient.e.s. Pour les travailleuses du sexe, elle s'assure de créer une conversation détendue, en étant plus familière, afin de créer le plus possible un « *safe place* » ou un endroit sécurisant.

> Je suis plus relaxe, c'est des filles qui aiment quand même ça, se faire appeler par leur prénom, pas Madame, une telle... Je vais être plus familière, probablement. Puis ça, c'est plus relax, je veux pas qu'ils se sentent jugés, qu'ils se sentent qu'ils sont dans un *safe place*. (Nathalie)

Mathieu explique qu'il va utiliser des termes différents que ceux employés dans les questionnaires médicaux. Il remplace ces termes par ceux habituellement utilisés par les travailleuses du sexe afin de normaliser leur travail et de les mettre à l'aise. Il en donne un exemple :

> c'est une question qu'on pose à tous nos patients : "est-ce que tu as déjà reçu de l'argent, des cadeaux, en échange de faveurs sexuelles ? ", dans le but d'identifier si la personne a fait le travail ou non. Si la personne, de facto, me parle qu'elle fait le travail du sexe, bien, je ne parle pas de ça de même. Je vais utiliser : "est-ce que tu fais encore des clients ? " Donc, je vais utiliser le terme qui est utilisé dans la rue, ou dans le milieu pour le faire, plutôt que d'utiliser un terme qui fait ici un euphémisme, dans le but d'adoucir l'affaire qui n'est pas nécessaire à adoucir. (Mathieu)

Plusieurs participant.e.s s'assurent également de démontrer une attitude d'ouverture face aux pratiques de leurs patientes travailleuses du sexe. Ces dernier.ère.s veulent s'assurer que leurs patientes travailleuses du sexe sachent qu'elles ne recevront pas de jugement de leur part.

> Fait que veux veux pas, l'approche que j'ai va continuer d'être une approche d'ouverture par rapport à la pratique de la personne, alors que… mais cette ouverture-là, j'essaie de l'avoir avec tout le monde. Je vais peut-être plus le mettre encore plus dans mes parlés, dans mes dires, dans la, pas la banalisation, mais la normalisation, de certains comportements, je vais peut-être plus le faire avec elle. (Mathieu)

> Je vais quand même peut-être renforcer indirectement, directement, que ça ne change rien en termes qu'il n'y a pas de jugement, qu'il n'y a pas de...Je ne vais pas avoir de réaction qui démontre quoi que ce soit quand la personne va dire qu'il ou elle fait le travail du sexe. Donc, c'est de garder vraiment une neutralité et de démontrer à la personne qu'il y aura toujours du support. (Vincent)

4.3.2.1.3 Avoir une approche consciente des traumas et aller au rythme de la travailleuse du sexe

Selon Reeves (2015), les patient.e.s ayant vécu de la violence ou des événements traumatisants peuvent vivre de la détresse ou être re-traumatisé.e.s par des expériences de soins. Sarah, qui voit souvent des travailleuses du sexe à la suite d'agressions, adopte une approche qui vise à ne pas déclencher de trauma. Elle a elle-même effectué des recherches sur cette approche puisqu'elle n'a pas reçu de formation à ce sujet. L'approche de Sarah consiste à être très douce avec ses patientes et à expliquer en détail tout ce qu'elle fait, afin de ne pas déclencher des traumatismes. Elle s'assure également d'aller au rythme de sa patiente, cela implique de commencer les examens uniquement lorsque celle-ci est prête, par exemple. Lorsqu'elle demande à une patiente si elle fait du travail du sexe, elle s'assure de lui expliquer qu'elle pose seulement la question pour offrir les meilleurs soins et assurer la sécurité de sa patiente.

> Fait que, t'sais, habituellement, je suis comme hyper douce. Je nomme tout qu'est-ce que je fais, t'sais, comme même regarder mon téléphone pour l'heure, j'y explique, comme j'ouvre mon téléphone pour regarder l'heure ou regarder le calendrier pour être sûre qu'il y a pas de sous-entendu. (Sarah)

Dans un même ordre d'idée, Nathalie explique qu'elle essaie de ne pas poser trop de questions aux travailleuses du sexe. Elle souhaite plutôt laisser les travailleuses du sexe lui parler de ce dont elles ont envie de lui parler, afin qu'elles se sentent en confiance et que la rencontre suive leur rythme.

> Je ne pose pas trop de questions non plus, t'sais, j'essaie de... Je veux que ça soit eux, que ça vienne de eux, t'sais, je veux pas leur tirer les vers du nez ou... C'est plus que ça vienne d'eux, qu'ils soient bien. (Nathalie)

4.3.2.1.4 Diminuer l'influence des stéréotypes

Deux participantes ont mentionné des pratiques qui visent à éviter les stéréotypes en lien avec les travailleuses du sexe. Sophie indique que les commentaires que les autres infirmier.ère.s expriment

au sujet d'une patiente travailleuse du sexe peuvent encourager leurs collègues à croire des stéréotypes sur cette patiente. Ces stéréotypes peuvent mener à des préjugés chez les infirmier.ère.s qui s'apprêtent à rencontrer cette patiente. Sophie explique qu'elle essaie de ne pas se fier aux commentaires négatifs que ses collègues peuvent dire sur une patiente travailleuse du sexe, afin de se faire sa propre opinion et de ne pas entrer dans cette relation avec des préjugés sur la patiente.

> J'essaie de pas... Pas garder en tête, par exemple, que... Comme les échos qu'on a au rapport, surtout quand on connaît pas la personne, là. De pas se fier juste là-dessus, puis de dire... Je vais me faire ma propre opinion avant de... De rentrer déjà avec une idée, là. (Sophie)

Léa, quant à elle, explique qu'elle va parfois indiquer à ces collègues que certains de leur propos représentent des stéréotypes ou des préjugés afin de diminuer leur influence. Elle mentionne également qu'elle va parfois assister certain.e.s collègues pendant une consultation auprès d'une travailleuse du sexe lorsqu'elle pense qu'ils ou elles ont des préjugés sur les travailleuses du sexe, afin d'assurer un traitement équitable.

4.3.2.2 Faciliter le processus des rendez-vous

Plusieurs participant.e.s ont donné des exemples de stratégies qui permettent de faciliter le déroulement des rendez-vous médicaux, afin d'assurer une bonne expérience pour les travailleuses du sexe.

4.3.2.2.1 Adapter les questionnaires médicaux

Comme mentionné précédemment, certain.e.s professionnel.le.s de la santé adaptent les questionnaires médicaux à leurs patientes pour faciliter les rendez-vous médicaux. Une adaptation rapportée par deux participant.e.s, Mathieu et Nathalie, est l'omission de certaines questions pour s'assurer que le rendez-vous soit plus rapide et éviter les questions inutiles qui peuvent rendre les travailleuses du sexe inconfortables.

> Des fois, moi, je les vois, et puis c'est pas long […] je l'écœure pas, j'y demande pas combien qu'elle en a eu des partenaires, je le sais qu'elle est à risque. Fait que moi, je pense que oui, tout le protocole

> entourant les questionnaires, les éval[uations], la collecte de données, tu sais, des fois, je pense qu'on peut être plus *smooth*, là, pour les accommoder. (Nathalie)

Sarah, quant à elle, explique que lorsqu'une patiente consulte à la suite d'une agression sexuelle, elle s'assure de prendre le temps d'expliquer la raison d'être de certaines questions du questionnaire de la trousse médico-légale. Elle sait que certaines questions du questionnaire peuvent donner l'impression qu'un jugement est porté sur le comportement de la victime. Elle en avertit ses patientes et s'assure de passer plus de temps sur ces questions pour bien expliquer à quoi elles servent, afin d'éviter que les travailleuses du sexe ne se sentent stigmatisées par certaines questions. Elle en donne un exemple :

> Il y a des questions dans la trousse, la trousse médico-légale est pas adaptée, elle date de comme 20 ans. Fait que les questions peuvent être vraiment portées à jugement, quand tu ne sais pas [la raison] derrière. Comme par exemple, la question, c'est : "est-ce que t'as infligé des blessures à l'agresseur ? " Mais c'est seulement, si jamais mettons, elle l'a grafigné au visage, c'est seulement pour que la police identifie la grafigne au visage. C'est pas, genre : "est-ce que tu t'es défendue ou pas? ". Mais comme si tu ne lis pas l'avertissement, c'est ça. (Sarah)

Autrement dit, Sarah mentionne que la formulation de certaines questions peut donner l'impression à une victime d'agression sexuelle qu'un jugement est émis sur ses comportements au moment de l'agression. Dans l'exemple que donne Sarah, la question « est-ce que t'as infligé des blessures à l'agresseur ? » est posée à la victime afin de savoir si une blessure sur le corps de l'agresseur, comme une égratignure au visage, pourrait permettre de l'identifier. Cependant, si la raison derrière cette question n'est pas expliquée, la victime pourrait avoir l'impression qu'on lui demande pourquoi elle ne s'est pas défendue lors de l'agression, impliquant qu'elle est en partie responsable de l'agression ou qu'elle aurait pu éviter de se faire agresser si elle s'était défendue.

Laisser tomber certaines questions des questionnaires ou passer plus de temps sur certaines questions pour expliquer la raison d'être de ces questions sont des stratégies qui dont l'efficacité est démontrée dans la littérature. En effet, Reeves (2015) mentionne que laisser tomber les procédures inutiles et modifier les procédures en fonction des besoins des patient.e.s serait un moyen de rendre les patient.e.s plus confortables.

4.3.2.2.2 Revoir le ou la même professionnel.le de la santé

Comme décrit plus tôt, le fait de voir plusieurs professionnel.le.s de la santé différent.e.s, comme à l'urgence par exemple, peut être stressant pour les travailleuses du sexe, car elles ont plus de chances de tomber sur un.e professionnel.le de la santé ayant des comportements stigmatisants. Nathalie mentionne qu'elle propose souvent de fixer tout de suite un nouveau rendez-vous avec elle à ses patientes travailleuses du sexe. Bien que Nathalie croit que de savoir que le ou la professionnel.le de la santé sera le ou la même lors du prochain rendez-vous peut être rassurant pour tou.te.s ces patient.e.s, mais sachant le risque de stigmatisation auquel font face les travailleuses du sexe, cela semble être une très bonne stratégie pour augmenter leur accès aux soins.

> Surtout si je leur donne des rendez-vous, comme : "Viens me voir dans trois mois […] On dit, quatre fois par année, on va mettre ton statut à jour […] Moi, je peux être ton infirmière." Fait que ça, ça, ça ca *pogne,* t'sais. (Nathalie)

4.3.2.3 Conclusion sur les stratégies des patients

Les participant.e.s semblaient être capables de mettre en place différentes stratégies pour favoriser l'accès aux soins des travailleuses du sexe dans la mesure du possible établi par la structure du système de la santé. Ces stratégies sont intéressantes puisqu'elles peuvent être implémentées individuellement par les professionnel.le.s de la santé et ne requièrent pas de grands changements au niveau du système de santé ou de la société. Certaines pistes d'action nécessitant des changements structurels plus importants au niveau du système de la santé et de la société sont toutefois ressorties des entretiens avec les participant.e.s, comme il en sera question dans la prochaine section.

4.4 Piste d'action pour améliorer l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe

4.4.1 La décriminalisation du travail du sexe

La plupart des participant.e.s s'entendent sur le fait que la décriminalisation du travail du sexe serait bénéfique à la santé des travailleuses du sexe et à leur accès aux soins de santé. Selon Catherine les modifications plus récentes de la loi, qui ne criminalisent que partiellement le travail du sexe, ne sont pas suffisantes pour améliorer l'accès aux soins.

> Je te dirais que c'est sûr que le fait que ce soit encore... c'est pas légalisé, donc...C'est pas...Bon, avec la nouvelle loi actuelle, c'est pas la fille qui est criminelle, c'est le client qui a pas le droit d'acheter les services. Mais bon, c'est de jouer sur les mots, là. Mais le fait que ça soit pas légalisé, bien, c'est sûr que ça amène à une certaine difficulté, là, au niveau de l'accès aux soins. (Catherine)

Ceci correspond aux propos d'Argento et al. (2020), mentionnés dans la revue de la littérature, qui expliquent que les réformes de 2014 visant à mettre fin à la demande du travail du sexe ont seulement reproduit les effets négatifs de l'ancienne loi, puisque que la criminalisation continue à contribuer à la violence et à la stigmatisation des travailleuses du sexe.

4.4.1.1 La diminution de la violence

L'une des manières dont la décriminalisation du travail du sexe pourrait favoriser l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe serait une amélioration de la sécurité des femmes. Comme l'explique Mathilde, avec la décriminalisation, les femmes auraient plus de contrôle sur les endroits où elles travaillent :

> Je suis pas en train de dire que c'est [le travail du sexe] la chose la plus sécuritaire. Mais, par contre, tu sais, la femme qui a plus de pouvoir dans son travail, elle est considérée comme une travailleuse, pis elle choisit les lieux où est-ce qu'elle travaille. Fait que, c'est dans l'objectif de donner du pouvoir à la femme pis de... aussi le pouvoir dans l'accès à du soin de santé, tu sais. (Mathilde)

En effet, il est démontré dans la littérature que comme les clients craignent la détection de la police, les travailleuses du sexe doivent travailler dans des endroits reculés où elles sont plus vulnérables à la violence (Shannon et al., 2015 ; Argento, Goldenberg, et Shannon 2019). La décriminalisation pourrait donc permettre une diminution de la violence envers les travailleuses du sexe, puisqu'elles auraient un meilleur contrôle sur leurs lieux de travail. La décriminalisation pourrait ainsi avoir un effet positif sur leur santé directement, en diminuant le risque de violence, mais aussi sur leur accès

aux soins de santé puisque, comme expliqué précédemment, la violence nuit à l'accès aux soins en favorisant l'évitement de soins.

Une autre manière dont la décriminalisation pourrait améliorer l'accès aux soins est la reconnaissance du travail du sexe comme un travail. Selon Sarah, le fait que le travail du sexe soit partiellement criminalisé fait que les travailleuses du sexe ne sont pas reconnues comme des travailleuses et n'ont pas accès aux protections légales ou syndicales qui pourraient les aider si elles sont victimes de violence sur le lieu de travail.

> Je pense que surtout la violence à caractère sexuel, le fait que c'est criminalisé elles sont pas protégées. T'sais comme, le fait que c'est pas légal, elles ont pas de droits, elles ont pas, mettons, genre... Un employeur ou comme un syndicat ou comme quelque chose que si, mettons, la personne est violente, ils ont des moyens d'être protégés. (Sarah)

La décriminalisation pourrait permettre aux travailleuses du sexe d'être reconnues comme des travailleuses et donc d'avoir accès à des meilleures conditions de travail et à de possibles protections assurées par un.e employeur.se. Encore une fois, ces mesures pourraient permettre de réduire les effets négatifs de la violence sur l'accès aux soins.

4.4.1.2 L'obtention de plus de services

Selon plusieurs participant.e.s, la décriminalisation permettrait l'obtention de plus de services sociaux et de services en santé pour les travailleuses du sexe. Nathalie mentionne qu'une structure organisationnelle pourrait être mise en place dans différents lieux de travail légaux, ce qui pourrait permettre que des professionnel.le.s travaillent sur place afin d'offrir des services de santé aux travailleuses du sexe.

> Quelqu'un qui va avoir une maison [où il y a du travail du sexe] ben là, il va pas avoir juste le *pimp*, pis la réceptionniste, il va avoir, t'sais, les gens qui s'occupent des horaires, t'sais, que ça va être, tout va être légal. Fait que, t'sais, pourquoi pas une infirmière qui est là, qui voit les filles ? Pourquoi pas un, t'sais, comme un psychoéducateur, pourquoi pas ? T'sais, vraiment, parce que ça serait beaucoup plus accessible, beaucoup plus facile. (Nathalie)

Des participant.e.s mentionnent justement que, dans les endroits où le travail du sexe n'est pas criminalisé, les travailleuses du sexe ont un meilleur accès aux services de santé.

> Ben oui, ça serait tellement si, t'sais, on pouvait décriminaliser complètement, vraiment, c'est parfait. On se fait une structure, mais tellement, puis ça a été prouvé partout, il y a eu la légalisation du travail du sexe, les filles ont accès à des soins, à des dépistages, à de la prévention, ils sont bien plus en sécurité physique, mentale, leur environnement est intéressant pour travailler, tout est plus sécuritaire. Certainement, j'espère qu'un jour, on ira vers ça. Je pense pas qu'il faut avoir peur, justement, de décriminaliser. On a juste des bienfaits à décriminaliser le travail du sexe, certainement. (Nathalie)

> moi, j'ai été à Amsterdam, il y a 2-3 ans, puis justement, j'ai visité le *Red District*, puis la première chose qui m'avait vraiment touchée, c'est le fait qu'il y ait plusieurs organismes, puis plusieurs soutiens auprès des travailleuses du sexe. Tu sais, côté médical, côté psychosocial, puis c'était débile, puis c'était publicisé, puis à chaque coin de rue, il y avait un organisme en soutien, là. (Mathilde)

Macioti et al. (2023), qui ont fait une étude sur la santé et le bien-être des travailleuses du sexe dans deux contextes géographiques où le travail du sexe est décriminalisé, soit la Nouvelle-Zélande et l'état australien de New South Wales, rapportent une amélioration de l'accès aux services de santé dans ces deux contextes. Selon Macioti et al. (2023), la décriminalisation est la première étape permettant d'adresser les inégalités sociales et les inégalités de santé qui touchent les travailleuses du sexe.

4.4.2 Investir en promotion et prévention de la santé et dans les services adaptés aux besoins fréquents des travailleuses du sexe

Comme l'explique Mathieu, investir davantage en promotion et prévention de la santé, surtout pour les services de dépistages d'ITSS, les services pour les problèmes de consommation et les services en santé mentale, serait bénéfique pour les travailleuses du sexe. Selon lui, il y a un manque dans ces services.

> investir plus d'argent en promotion et prévention de la santé, c'est garanti, que ce soit pour la consommation ou pour le dépistage des ITSS. On a un manque flagrant de services. Donc, mettre plus d'argent là-dessus. Ça leur bénéficierait à tous les niveaux. Mettre plus d'argent en santé mentale. (Mathieu)

Il mentionne également que les services plus flexibles comme les cliniques sans rendez-vous, par exemple, permettent aux travailleuses du sexe, mais également à d'autres travailleur.euse.s qui ont un horaire atypique, de consulter des professionnel.le.s de la santé. Selon lui, la structure rigide actuelle du système qui rend presque obligatoire la prise de rendez-vous ne convient pas à tous.

Or, les services de type sans-rendez-vous, plus flexibles, se font de plus en plus rares. Il serait, selon lui, intéressant d'offrir des services plus flexibles au sein du système de santé pour rejoindre les populations à qui la structure actuelle ne convient pas, dont les travailleuses du sexe.

> La flexibilité, augmenter la flexibilité. Et il y a des types de personnes, encore une fois que je ne nommerai pas mais qui sont nés entre telle année et telle année, qui aiment donc ça l'organisation, les règles, la structure, puis ça, eux sont à l'aise là-dedans. Bien, pas tout le monde! Fait que mettez pas tout le monde puis offrez donc des services différents qui sont peut-être moins efficaces, mais qui vont permettre plus de flexibilité puis comme ça aller chercher plus de gens (Mathieu)

Les organismes qui sont en mesure d'offrir cette flexibilité et d'offrir des services de prévention constatent que leur travail est efficace auprès des travailleuses du sexe. Il est donc important d'investir dans les services qui sont en mesure de répondre aux besoins des travailleuses du sexe. Catherine constate les effets positifs sur la santé des travailleuses du sexe grâce à la prévention en santé sexuelle offerte par son organisme.

> Généralement, dans la population en général, les gens vont moins se protéger que les filles que nous, on rencontre, qui ont accès, justement, au service de dépistage, puis qui vont le faire à tous les mois. Alors, qui sont conscientisées à, justement, se protéger, mettre un condom, même pour la fellation, peu importe. Nous, on est tout le temps là pour leur rappeler que c'est important de se protéger. Donc, t'sais, il y a presque pas de maladie, là. On en dépiste de moins en moins, parce qu'on travaille beaucoup en prévention et en information. (Catherine)

4.4.3 Offrir des formations pour les professionnel.le.s

La plupart des professionnel.le.s de la santé ne se rappelaient pas avoir obtenu une formation spécifique sur le travail du sexe et la santé, ou affirmaient n'en avoir jamais eu. Plusieurs ont d'ailleurs mentionné qu'une formation sur le travail du sexe serait bénéfique, afin de mieux connaître les réalités qui entourent cette profession.

Plusieurs infirmières ont mentionné avoir reçu une formation obligatoire sur les réalités autochtones et pensent qu'une formation similaire sur le travail du sexe pourrait être pertinente. Une telle formation pourrait permettre de mieux connaître les besoins de cette population et d'offrir de meilleurs soins.

> t'sais, on a fait une formation avec les autochtones, qui était obligatoire pour tous les intervenants de la santé, les gens des Premières Nations pour savoir comment les traiter, quoi leur dire, leurs sensibilités, à quoi s'intéresser, apprendre un peu à les connaître. C'était vraiment une formation de sensibilisation, donc connaître ces gens-là. Il y en a toujours pas sur les gens qui pourraient faire ce travail-là et comment on peut les soigner, c'est quoi leur besoin. (Nathalie)

> Je pense que dans le milieu médical, ce qui pourrait être fait aussi, c'est peut-être d'avoir des formations pour les professionnels de la santé pour être un peu plus sensibilisés à leur réalité, parce que de cette façon-là, en étant plus sensibilisés, peut-être qu'il peut y avoir un suivi plus approprié ou plus adapté à leurs besoins. (Vincent)

Selon Nathalie, une telle formation pourrait inclure quelques notions facilement applicables par les professionnel.le.s de la santé qui pourraient réellement bénéficier aux travailleuses du sexe. Elle en donne quelques exemples :

> C'est pas obligé d'être 4 heures de temps pis d'écœurer les gens, juste sensibiliser les gens, que ça fait partie des travailleurs que c'est possible qu'ils se présentent dans une urgence, dans une clinique, dans un sans-rendez-vous, pis que t'sais, ça peut être intéressant d['offrir] quelques pistes [d'intervention], t'sais, comme, : "Ça vas tu? ", "T'aimerais-tu ça que je te donne des condoms, des lubrifiants ?" "Tu connais-tu la liste de places où tu peux aller ? ". T'sais, c'est pas long, ça, dans une intervention, ça se fait bien par une infirmière du triage. (Nathalie)

Elle ajoute que de mieux connaître le travail du sexe pourrait également aider les professionnel.le.s de la santé à éviter des maladresses auprès des travailleuses du sexe, ce qui pourrait diminuer les mauvaises expériences de ces femmes dans le système de santé.

> oui, je pense que ça serait intéressant d'en parler plus, t'sais, que ça soit moins de tabous, que ça soit moins... Je pense que ça aiderait beaucoup à mieux les recevoir, t'sais, quelqu'un qui connaît pas ça, ben, il va être maladroit ou il va dépasser les bornes. (Nathalie)

Selon de Karandikar et al. (2024), les professionnel.le.s dans les professions impliquant une relation d'aide sont peu équipé.e.s pour répondre adéquatement aux besoins des travailleuses du sexe, puisque les études sur le travail du sexe mises de l'avant dans ces professions ont longtemps présenté un portrait pathologisant et victimisant des travailleuses du sexe, ce qui ne représente pas la réalité de toutes les travailleuses du sexe. Une étude de ces auteur.trice.s vient mettre de l'avant l'importance pour les professionnel.le.s de la santé de mieux connaître le travail du sexe, afin de comprendre que ce ne sont pas toutes les travailleuses du sexe qui sont représentées par les discours de victimisation et de pathologisation. Dans le même ordre d'idée, une meilleure connaissance des

différentes réalités comprises dans le travail du sexe, par le biais d'une formation, pourrait ainsi permettre un meilleur accompagnement des travailleuses du sexe par les professionnel.le.s.

Léa ajoute qu'il serait important que des notions sur les déterminants sociaux de la santé soient plus présentes dans la formation du personnel soignant. Cette suggestion est intéressante puisque qu'elle pourrait permettre aux travailleur.euse.s de la santé de mieux comprendre le parcours médical d'une personne et potentiellement faire diminuer les préjugés.

> Je pense que tout le monde pourrait bénéficier d'une formation un peu plus sur les déterminants sociaux de la santé. Puis d'expliquer à quel point la santé c'est très multifactoriel et comme un peu une loterie de : où est-ce que tu es né, dans quel contexte tu es né change beaucoup ta trajectoire de santé [...] Je pense que ça devrait être appris aux infirmières auxiliaires aussi dans un cours je pense que c'est vraiment important. (Léa)

4.4.4 Mettre en place des moyens de communication plus adaptés dans le système de santé

La communication pour les suivis médicaux semble être un enjeu avec certaines travailleuses du sexe, puisque les travailleuses du sexe précarisées peuvent avoir de la difficulté à accéder à un téléphone et que certaines travailleuses du sexe reçoivent beaucoup d'appels de leurs clients sur leurs téléphones. Plusieurs participant.e.s ont toutefois mentionné que pour plusieurs travailleuses du sexe, la communication par texto est plus simple. Il serait donc intéressant que les cliniques ou les centres d'urgence qui reçoivent beaucoup de travailleuses du sexe puissent bénéficier d'un cellulaire pour pouvoir texter les travailleuses du sexe et ainsi pouvoir faciliter leurs communications avec cette population.

> Si on pouvait texter aussi, plus directement. Ça, on le dit, avoir un cellulaire. On n'en a pas, présentement. On ne peut pas leur écrire. (Julie)

4.4.5 Conclusion : la nécessité d'agir sur plusieurs niveaux

Comme l'indiquent l'étude de Macioti et al. (2023) et les propos des participant.e.s, la décriminalisation semble être essentielle à une amélioration marquée de l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe. Des pistes d'actions intéressantes proposées par les participant.e.s,

comme l'adaptation des moyens de communication et l'offre de formations aux professionnel.le.s de la santé, peuvent toutefois être mises en place à plus petite échelle au sein du système de santé québécois pour remédier à certaines lacunes dans l'offre de services aux travailleuses du sexe. Dans l'ensemble, les témoignages des participant.e.s nous indiquent que l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe est un enjeu multidimensionnel. L'amélioration de l'accès aux soins pour cette population exige donc la mise en place de différentes politiques, à différents niveaux du système de santé et de la société.

Chapitre 5 : Conclusion

L'un des objectifs de cette recherche était de mieux comprendre les obstacles à l'accès aux soins des travailleuses du sexe, tels que perçus par des professionnel.le.s de la santé et des intervenant.e.s sociaux.ales qui traitent ou accompagnent ces travailleuses au sein du système de santé québécois. Pour ce faire, il semblait d'abord important de recueillir leur vision des enjeux de santé qui touchent les travailleuses du sexe afin de mettre en contexte leur point de vue et d'illustrer l'importance de l'accès aux soins pour cette population.

La première partie de l'analyse des données recueillies a permis de conclure que les professionnel.le.s de la santé considèrent que les travailleuses du sexe précarisées, surtout celles qui font du travail du sexe de rue, sont particulièrement à risque de souffrir de plusieurs problèmes de santé tels que les ITSS, les troubles de consommation et les problèmes de santé liés à la violence. Les propos des participant.e.s ont permis de comprendre que, bien que certaines formes de travail du sexe comportent des risques pour la santé, ce qui affecte la santé des travailleuses du sexe n'est souvent pas le travail du sexe en soi, mais bien l'environnement social des travailleuses du sexe, influencé notamment par la criminalisation, leur niveau d'aisance financière et leur milieu de travail.

La deuxième partie de l'analyse a permis d'identifier trois grandes barrières à l'accès aux soins dans la perspective des participant.e.s. Le cadre conceptuel de l'accès aux soins de Levesque et al. (2013) a ici été très utile à l'analyse, puisqu'il a permis de considérer l'effet de l'interaction entre

les caractéristiques du système de santé et celles des travailleuses du sexe dans la création d'obstacle à l'accès aux soins. La première barrière à l'accès aux soins identifiée concerne l'inadéquation entre plusieurs aspects du système de santé québécois et la réalité des travailleuses du sexe. Cette barrière se manifeste par des difficultés liées à la prise de rendez-vous et aux suivis médicaux, à une inadéquation entre l'offre de services et les besoins des travailleuses du sexe rendant difficile la prévention en santé et à un manque d'adaptation aux besoins des travailleuses du sexe au sein de certains services de santé et chez certain.e.s professionnel.le.s de la santé. On comprend ainsi, grâce au cadre conceptuel de Levesque et al. (2013) que l'interaction entre certaines caractéristiques des travailleuses du sexe, comme la précarité de certaines, leurs moyens de communication et leur horaire de travail, et certaines caractéristiques du système de soins, comme le manque de flexibilité, les lacunes dans l'offre de services et le manque d'adaptation aux besoins des travailleuses du sexe, empêchent ces dernières d'atteindre certains services de santé ou d'accéder à des soins de qualité ayant la capacité de répondre à leurs besoins. La deuxième barrière à l'accès aux soins ressortie des témoignages des participant.e.s est la stigmatisation des travailleuses du sexe. Les propos des participants indiquent que la stigmatisation des travailleuses du sexe est bel et bien présente dans les milieux de soins québécois et qu'elle affecte l'accès aux soins en engendrant des refus de soins, des discriminations qui nuisent à la qualité des soins prodigués et la dissimulation du travail du sexe aux professionnel.le.s de la santé qui peut nuire à la capacité des professionnel.le.s de la santé à prodiguer les soins appropriés aux besoins des travailleuses du sexe. La troisième barrière qui est ressortie de l'analyse des données est la criminalisation du travail du sexe. Les propos des participants confirment ce que dit la littérature, c'est-à-dire que la criminalisation du travail du sexe nuit directement à la santé des travailleuses du sexe en les rendant plus vulnérables à la violence, mais nuit également à leur accès aux soins puisque cette violence peut décourager certaines femmes à chercher des soins. La criminalisation empêche également la reconnaissance du travail du sexe comme un véritable travail et nuit donc à l'accès à des assurances secondaires et à certains programmes d'aide financière pouvant permettre de payer des soins non couverts par la RAMQ.

Le deuxième objectif de la recherche était de comprendre la manière dont les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s sociaux.ales adaptent leurs pratiques auprès des travailleuses du sexe pour pallier ces obstacles à l'accès aux soins. La troisième partie de l'analyse des propos des

participant.e.s a ainsi permis d'identifier plusieurs stratégies que ces dernier.ère.s mettent en place pour améliorer l'expérience des travailleuses du sexe dans les milieux de soins. Ces stratégies mises en place par les participant.e.s visent l'amélioration de la prise de rendez-vous et des suivis médicaux, l'amélioration de la relation entre patientes travailleuses du sexe et professionnel.le.s de la santé, la diminution de l'influence des stéréotypes et des préjugés ainsi que la facilitation des processus médicaux dans lors des rendez-vous. Ces stratégies sont généralement mises en place de manière individuelle par les participant.e.s qui, avec l'expérience, remarquent que certaines pratiques ont des effets positifs sur leurs consultations avec des travailleuses du sexe.

Finalement, la quatrième partie de l'analyse a permis de proposer des pistes d'actions pour améliorer l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe pouvant être implantées à plusieurs niveaux au sein du système de santé québécois et au sein de la société. Ce mémoire permet de constater que la décriminalisation du travail du sexe, pour laquelle plusieurs groupes de défense des droits des travailleuses du sexe au Canada militent depuis plusieurs années (Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe, 2017), est une étape qui semble cruciale afin de garantir une reconnaissance des droits des travailleuses du sexe et une amélioration de leur accès aux soins. Comme l'explique L'Alliance canadienne pour la réforme des droits des travailleuses du sexe (2017), la décriminalisation du travail du sexe est nécessaire, mais elle ne serait pas suffisante à elle seule pour réduire la stigmatisation des travailleuses du sexe et améliorer leur santé et leur sécurité. Différentes politiques doivent être mises en place à différents niveaux afin d'assurer les droits, le respect et la protection des travailleuses du sexe (Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe, 2017). Les stratégies mises en place par les participant.e.s ainsi que leurs recommandations, comme l'ajout de formations pour les professionnel.le.s de la santé et l'implantation de nouveaux moyens de communication dans différents services de santé, sont ainsi des éléments intéressants qui sont ressortis de cette recherche puisqu'elles peuvent être implémentées à petite échelle et peuvent favoriser l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe.

Une limite importante de la recherche est le nombre restreint de participant.e.s, particulièrement le nombre limité d'hommes ayant participé à la recherche. Le genre étant la structure sociale la plus reconnue permettant d'expliquer la stigmatisation des travailleuses du sexe (Grittner et Walsh,

2020), il aurait été intéressant d'interroger plus d'hommes quant à leurs pratiques auprès de travailleuses du sexe, afin de tenter d'analyser la manière dont les rapports de genre peuvent se concrétiser dans une relation patiente travailleuse du sexe-professionnel de la santé. Dans l'ensemble, le mémoire permet tout de même de mettre en lumière différents obstacles à l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe dans le contexte québécois et différentes stratégies qui peuvent être mises en place par des professionnel.le.s de la santé ou des intervenant.e.s accompagnant des travailleuses du sexe. Évidemment, afin de véritablement comprendre en profondeur les enjeux d'accès aux soins pour les travailleuses du sexe au Québec, il est nécessaire de recueillir la parole de travailleuses du sexe travaillant au Québec afin d'inclure leur perspective quant à ces obstacles et leurs visions des stratégies et des politiques qui peuvent être implantées à différents niveaux pour améliorer l'accès aux soins. Il serait toutefois intéressant qu'une telle recherche se fasse dans une perspective de recherche participative et donc que la communauté des travailleuses du sexe participe à l'élaboration et à la réalisation de la recherche, le savoir expérientiel de cette communauté étant un atout important afin de mener une recherche qui serait alignée avec les besoins et les objectifs politiques des travailleuses du sexe.

Bibliographie

Abel, Gillian. 2014. « Sex Workers' Utilisation of Health Services in a Decriminalised Environment ». *The New Zealand Medical Journal* 127 (1390): 30-37. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24670587/.

Agence de la santé publique du Canada. 2021. « Archivée - Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif ». Éducation et sensibilisation. octobre 27. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html.

Aggarwal, Neena K., Katherine E. Consavage, Ida Dhanuka, Kesiah W. Clement, Katelyn Shahbazian, et Jennifer H. Bouey. 2021. « Health and Health Care Access Barriers Among Transgender Women Engaged in Sex Work: A Synthesis of U.S.-Based Studies Published 2005–2019 ». *LGBT Health* 8 (1): 11-25. https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0243.

Aidoo, Esi Mansa. 2023. « Social Determinants of Health: Examining Poverty, Housing, and Education in Widening U.S. Healthcare Access Disparities ». *World Journal of Advanced Research and Reviews* 20 (1): 1370-89. https://www.researchgate.net/publication/389890512_Social_Determinants_of_Health_Examining_Poverty_Housing_and_Education_in_Widening_US_Healthcare_Access_Disparities.

Alexander, Priscilla. 1998. « Sex Work and Health: A Question of Safety in the Workplace ». *Journal of the American Medical Women's Association (1972)* 53 (2): 77-82. https://www.researchgate.net/publication/13688072_Sex_work_and_health_a_question_of_safety_in_the_workplace.

Alla, François. 2016. « 3. Les déterminants de la santé ». Dans *Traité de santé publique*. Lavoisier. https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040.

Alliance Canadienne pour la Réforme des lois sur le Travail du sexe. 2015. « Le travail du sexe et les changements au Code criminel suite au projet de loi C-36 : Que nous indiquent les recherches? » Https://sexworklawreform.com/, juin. https://sexworklawreform.com/wp-content/uploads/2017/05/Survol-des-lois.pdf.

Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe. 2017. *Safety, Dignity, Equality: Recommendations for Sex Work Law Reform in Canada*. https://sexworklawreform.com/wp-content/uploads/2017/05/CASWLR-Final-Report-1.6MB.pdf.

Amsalem, Doron, Ilanit Hasson-Ohayon, Doron Gothelf, et David Roe. 2018. « Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their

family members ». *Psychiatric Rehabilitation Journal* (US) 41 (3): 163-68. https://doi.org/10.1037/prj0000310.

Anwer, Shahnawaz, Heng Li, Maxwell Fordjour Antwi-Afari, et Arnold Yu Lok Wong. 2021. « Associations between physical or psychosocial risk factors and work-related musculoskeletal disorders in construction workers based on literature in the last 20 years: A systematic review ». *International Journal of Industrial Ergonomics* 83 (mai): 103113. https://doi.org/10.1016/j.ergon.2021.103113.

Argento, Elena, Shira Goldenberg, Melissa Braschel, Sylvia Machat, Steffanie A. Strathdee, et Kate Shannon. 2020a. « The Impact of End-Demand Legislation on Sex Workers' Access to Health and Sex Worker-Led Services: A Community-Based Prospective Cohort Study in Canada ». *PLOS ONE* 15 (4): e0225783. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225783.

Argento, Elena, Shira Goldenberg, Melissa Braschel, Sylvia Machat, Steffanie A. Strathdee, et Kate Shannon. 2020b. « The Impact of End-Demand Legislation on Sex Workers' Access to Health and Sex Worker-Led Services: A Community-Based Prospective Cohort Study in Canada ». *PLOS ONE* 15 (4): e0225783. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225783.

Argento, Elena, Shira Goldenberg, et Kate Shannon. 2019. « Preventing sexually transmitted and blood borne infections (STBBIs) among sex workers: a critical review of the evidence on determinants and interventions in high-income countries ». *BMC Infectious Diseases* 19 (1): 212. https://doi.org/10.1186/s12879-019-3694-z.

Armstrong, Lynzi. 2018. « Stigma, decriminalisation, and violence against street-based sex workers: Changing the narrative ». *Sexualities* 22 (7-8): 1288-308. https://doi.org/10.1177/1363460718780216.

Ashforth, Blake E., et Glen E. Kreiner. 1999. « "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity ». *The Academy of Management Review* 24 (3): 413-34. https://doi.org/10.2307/259134.

Ashforth, Blake E., et Glen E. Kreiner. 2014. « Dirty Work and Dirtier Work: Differences in Countering Physical, Social, and Moral Stigma ». *Management and Organization Review* 10 (1): 81-108. https://doi.org/10.1111/more.12044.

Association canadienne de santé publique. 2014. « Le travail du sexe au Canada : la perspective de la santé publique ». décembre. https://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/notice?id=p%3A%3Ausmarcdef_0001242752&locale=fr.

Association canadienne de santé publique. 2024. « Une démarche de santé publique à l'égard du travail du sexe ». Association canadienne de santé publique, février 5. https://www.cpha.ca/fr/une-demarche-de-sante-publique-legard-du-travail-du-sexe.

Baumann, Rebekah M., Sarah Hamilton-Wright, Dana Lee Riley, et al. 2019. « Experiences of Violence and Head Injury Among Women and Transgender Women Sex Workers ». *Sexuality Research and Social Policy* 16 (3): 278-88. https://doi.org/10.1007/s13178-018-0334-0.

Benoit, Cecilia, S. Mikael Jansson, Michaela Smith, et Jackson Flagg. 2018. « Prostitution Stigma and Its Effect on the Working Conditions, Personal Lives, and Health of Sex Workers ». *The Journal of Sex Research* 55 (4-5): 457-71. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393652.

Benoit, Cecilia, Bill McCarthy, et Mikael Jansson. 2015. « Stigma, Sex Work, and Substance Use: A Comparative Analysis ». *Sociology of Health & Illness* 37 (3): 437-51. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12201.

Benoit, Cecilia, et Andrea Mellor. 2022. « Mémoire au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes : Examen de la Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation ». Institut canadien de recherche sur les toxicomanies, février 23. https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/JUST/Brief/BR11602468/br-external/Jointly6-10576969-f.pdf.

Benoit, Cecilia, Andrea Mellor, Brett Koenig, Mikael Jansson, et Doug Magnuson. 2025. « Sex workers' confidence in the police in one Canadian city under the Protection of Communities and Exploited Persons Act ». *Policing and Society* 35 (3): 361-76. https://doi.org/10.1080/10439463.2024.2419129.

Benoit, Cecilia, Nadia Ouellet, et Mikael Jansson. 2016. « Unmet Health Care Needs among Sex Workers in Five Census Metropolitan Areas of Canada ». *Canadian Journal of Public Health* 107 (3): e266-71. https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5178.

Benoit, Cecilia, et Leah Shumka. 2021. « Sex Work in Canada ». Department of Sociology, Canadian Institute for Substance Use Research &, University of Victoria, Victoria, Canada, juillet. https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/active/projects/understanding-sex-work.php.

Benoit, Cecilia, Michaela Smith, Mikael Jansson, et al. 2019. « Canadian Sex Workers Weigh the Costs and Benefits of Disclosing Their Occupational Status to Health Providers ». *Sexuality Research and Social Policy* 16 (3): 329-41. https://doi.org/10.1007/s13178-018-0339-8.

Benoit, Cecilia, Michaela Smith, Mikael Jansson, Priscilla Healey, et Douglas Magnuson. 2021. « The Relative Quality of Sex Work ». *Work, Employment and Society* 35 (2): 239-55. https://doi.org/10.1177/0950017020936872.

Bergström, Marie. 2020. « Ce que le numérique fait à l'économie du sexe ». Économie. *Revue Française de Socio-Économie* 25 (2): 155-60. https://doi.org/10.3917/rfse.025.0155.

Bilge, Sirma. 2009. « Théorisations féministes de l'intersectionnalité ». Sociologie. *Diogène* 225 (1): 70-88. https://doi.org/10.3917/dio.225.0070.

Bilge, Sirma, et Patricia Hill Collins. 2023. « Qu'est-ce que l'intersectionnalité ? » Dans *Intersectionnalité : Une introduction*, 2e éd., traduit par Julie Maistre. Éditions Amsterdam.

Bingham, Brittany, Diane Leo, Ruth Zhang, Julio Montaner, et Kate Shannon. 2014. « Generational sex work and HIV risk among Indigenous women in a street-based urban Canadian setting ». *Culture, Health & Sexuality* 16 (4): 440-52. https://doi.org/10.1080/13691058.2014.888480.

Borgès Da Silva, Georges. 2001. « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication ». *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 32 (2): 117-21. https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2001-06_recherche-qualitative_revue-medicale-assurance-maladie-2001-2_assurance-maladie.pdf.

Boulebsol, Carole. 2018. « L'intervention féministe abolitionniste, entre actions et recherches : l'expérience québécoise de la Concertation des luttes contre l'exploitation sexuelle (CLES) ». *Nouvelles Questions Féministes* 37 (2): 30-46. https://www.jstor.org/stable/26636987.

Browne, Annette J., et Jo-Anne Fiske. 2001. « First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services ». *Western Journal of Nursing Research* 23 (2): 126-47. https://doi.org/10.1177/019394590102300203.

Bungay, Vicky, Adrian Guta, Colleen Varcoe, et al. 2023. « Gaps in health research related to sex work: an analysis of Canadian health research funding ». *Critical Public Health* 33 (1): 72-82. https://doi.org/10.1080/09581596.2021.1987385.

Cárdenas-Castro, Manuel, et Stella Salinero-Rates. 2023. « The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile ». *Sexual & Reproductive Healthcare* 37 (septembre): 100891. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891.

Chancogne, Zélie, et Sylvie Lévesque. 2024. « « À chaque fois que j'y allais, c'était comme partir à la bataille » : une exploration qualitative des violences gynécologique et obstétricale au Québec ». *Recherches féministes* 37 (1): 181-201. https://doi.org/10.7202/1114141ar.

Chimienti, Milena. 2008. « Prostitution – une histoire sans fin ? » Sociologie. *Sociétés* 99 (1): 11-20. https://doi.org/10.3917/soc.099.0011.

Collège des médecins du Québec. s. d. « Trousse médico-légale | Collège des médecins du Québec ». Consulté le 22 août 2025. https://www.cmq.org/en/pratiquer-la-m%C3%A9decine/r%C3%A8glements-et-obligations/trousse-medico-legale.

Collins, Patricia Hill, et Sirma Bilge. 2023. « Comment raconter l'histoire de l'intersectionnalité ? » Dans *Intersectionnalité : Une introduction*, 2e éd., traduit par Julie Maistre. Éditions Amsterdam.

Comité permanent de la justice et des droits de la personne. 2022. *La prévention des risques dans l'industrie canadienne du sexe : examen de la loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation*. Examen de loi No. 4. Chambre des communes Canada. https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/fr/44-1/JUST/rapport-4/.

Commissaire à la santé et au bien être. 2022. « Fiche technique : L'accessibilité dans le cadre d'appréciation de la performance CSBE ». Commissaire à la santé et au bien être, mai 27. https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/fiche-technique-accessibilite-cadre-dappreciation-performance-systeme-de-sante-csbe.html.

Comte, Jacqueline. 2010. « Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe ». Sociologie. *Déviance et Société* 34 (3): 425-46. https://doi.org/10.3917/ds.343.0425.

Conseil du statut de la femme. s. d. « Slutshaming ». Conseil du statut de la femme. Consulté le 8 avril 2025. https://csf.gouv.qc.ca/article/publicationsnum/bibliotheque-des-violences-faites-aux-femmes/slutshaming/.

Contandriopoulos, Damien, et Émile Tremblay. 2009. « Les réformes du système de santé québécois : une constance dans l'échec ». *Sciences de la société*, nº 76 (février): 76. https://doi.org/10.4000/sds.9036.

Crenshaw, Kimberle. 1989. « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics ». *University of Chicago Legal Forum* 1989 (1): 139-68. https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8.

Cruz, João, et Mónica Dias-Teixeira. 2016. « Work-Related Musculoskeletal Disorders Among the Hairdressers: A Pilot Study ». Dans *Advances in Physical Ergonomics and Human Factors*, édité par Ravindra Goonetilleke et Waldemar Karwowski. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-41694-6_14.

Cruz, Katie. 2020. « The Work of Sex Work: Prostitution, Unfreedom and Criminality at Work ». Dans *Criminality at Work*, édité par Alan Bogg, Jennifer Collins, Mark Freedland, et Jonathan Herring. Oxford University Press. https://research-information.bris.ac.uk/en/publications/the-work-of-sex-work-prostitution-unfreedom-and-criminality-at-wo.

Cruz, Katie A, et Kate Hardy. 2021. « Prostitution and Sex Work ». Dans *The Sage Handbook of Marxism*, édité par Beverley Skeggs, Alberto Toscano, Sara R Farris, et Svenja Bromberg, vol. 3. https://doi.org/10.4135/9781526436108.

Dejeammes, Maryvonne, Jean-Louis Valgalier, et Pascal Vincent. 2022. « CONCEPT « VILLE ACCESSIBLE À TOUS » ». Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques et Ministère de l'Équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer, octobre. http://www.bv.transports.gouv.qc.ca/mono/0963392.pdf.

Direction des services législatifs. 2014. « Lois codifiées, Code criminel ». Interférence à la circulation, décembre 6. https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/section-213-20141206.html?wbdisable=false.

Dovidio, John F., Miles Hewstone, Peter Glick, et Victoria M. Esses. 2010. *The SAGE Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination*. SAGE.

Duff, Putu, Kathleen Deering, Kate Gibson, Mark Tyndall, et Kate Shannon. 2011. « Homelessness among a cohort of women in street-based sex work: the need for safer environment interventions ». *BMC Public Health* 11 (1): 643. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-643.

Dylewski, Łukasz, et Pavol Prokop. 2018. « Prostitution ». Dans *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*, édité par Todd K. Shackelford et Viviana A. Weekes-Shackelford. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16999-6_270-1.

Emploi et Développement social Canada. 2015a. « Prestations de maladie de l'assurance-emploi : Êtes-vous admissible ». Description de programme. novembre 30. https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/assurance-emploi-maladie/admissibilite.html.

Emploi et Développement social Canada. 2015b. « Prestations de maladie de l'assurance-emploi : Présenter une demande ». Description de programme. novembre 30. https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/assurance-emploi-maladie/demande.html.

Faissner, Mirjam, Laura Beckmann, Katja Freistein, Johannes Jungilligens, et Esther Braun. 2024. « Healthcare for Sex Workers—Access, Barriers, and Needs ». *Ethik in Der Medizin* 36 (2): 151-68. https://doi.org/10.1007/s00481-024-00815-8.

Fraser, Sarah. 2021. « The toxic power dynamics of gaslighting in medicine ». *Canadian Family Physician* 67 (5): 367-68. https://doi.org/10.46747/cfp.6705367.

Gabryszewska, Maria. 2014. « Sex Work and Class ». *Class, Race and Corporate Power* 2 (3). https://doi.org/10.25148/CRCP.2.3.16092128.

Gauthier, Marie-Claire. 2024. « Les dommages épistémiques en recherche : rétablir la confiance des personnes trans envers les chercheur·euse·s en position de privilège en travail social à travers la pratique de la responsabilité épistémique ». *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, nº 71 (mars): 71. https://doi.org/10.4000/edso.27260.

Ginter, G., H. P. Soyer, et E. Rieger. 1992. « Vaginal Yeast Colonization and Promiscuity. A Study of 197 Prostitutes ». *Mycoses* 35 (7-8): 177-80. https://doi.org/10.1111/j.1439-0507.1992.tb00841.x.

Goblet, Margot, et Fabienne Glowacz. 2021. « Le slut shaming : étude qualitative d'une forme de sexisme ordinaire dans le discours et les représentations d'adolescents ». *Enjeux et société : approches transdisciplinaires* 8 (1): 249-76. https://doi.org/10.7202/1076543ar.

Goffman, Erving. 1975. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de minuit.

Gonzales, Lauren, Kristin C. Davidoff, Kevin L. Nadal, et Philip T. Yanos. 2015. « Microaggressions experienced by persons with mental illnesses: An exploratory study ». *Psychiatric Rehabilitation Journal* (US) 38 (3): 234-41. https://doi.org/10.1037/prj0000096.

Gouvernement du Canada, Ministère de la Justice. 2015. « Fiche d'information - Réforme du droit pénal en matière de prostitution : Projet de loi C-36, Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation ». mars 11. https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/c36fs_fi/.

Grittner, Alison L., et Christine A. Walsh. 2020. « The Role of Social Stigma in the Lives of Female-Identified Sex Workers: A Scoping Review ». *Sexuality & Culture* 24 (5): 1653-82. https://doi.org/10.1007/s12119-020-09707-7.

Gunn, Brenda L. s. d. « Ignored to Death: Systemic Racism in the Canadian Healthcare System ». Submission to EMRIP the Study on Health. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/EMRIP/Health/UniversityManitoba.pdf.

Hallgrímsdóttir, Helga Kristín, Rachel Phillips, Cecilia Benoit, et Kevin Walby. 2008. « Sporting Girls, Streetwalkers, and Inmates of Houses of Ill Repute: Media Narratives and the Historical Mutability of Prostitution Stigmas ». *Sociological Perspectives* 51 (1): 119-38. https://doi.org/10.1525/sop.2008.51.1.119.

Hart, Gabe, Andrew Allen, Bonnie St Aubyn, et Jonathan Mason. 2023. « Exploring the Relationships Between Internalised Stigma, Loneliness, and Mental Well-Being Among Sex Workers ». *Sexuality & Culture* 27 (1): 191-210. https://doi.org/10.1007/s12119-022-10009-3.

Hood, Julia E., et Allison L. Friedman. 2011. « Unveiling the Hidden Epidemic: A Review of Stigma Associated with Sexually Transmissible Infections ». *Sexual Health* 8 (2): 159-70. https://doi.org/10.3316/informit.026696343236887.

Hughes, Everett C. 1994. « Work and Self ». Dans *On Work, Race, and the Sociological Imagination*, édité par Lewis A. Coser. Heritage of Sociology Series. University of Chicago Press.

Institut canadien d'information sur la santé. 2024. « Un meilleur accès aux soins de première ligne pour des Canadiens en meilleure santé ». ICIS. https://www.cihi.ca/fr/le-pouls-des-soins-de-sante-mesurer-les-priorites-partagees-en-sante-au-canada-2024/un-meilleur-acces-aux-soins-de-premiere-ligne-pour-des-canadiens-en.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). 2019. *Mécanismes d'accès aux services de proximité – État des connaissances*. INESSS. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550839439.pdf.

Intersyndicale des femmes. 2014. « PROJET DE LOI C-36 Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation ». Intersyndicale des femmes, décembre. https://fmhf.ca/sites/default/files/upload/201412_intersyndicale_synthese_loi-c36-prostitution.pdf.

Iversen, Jenny, Pike Long, Alexandra Lutnick, et Lisa Maher. 2021. « Patterns and Epidemiology of Illicit Drug Use Among Sex Workers Globally: A Systematic Review ». Dans *Sex Work, Health, and Human Rights: Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action*, édité par Shira M. Goldenberg, Ruth Morgan Thomas, Anna Forbes, et Stefan Baral. Springer. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585687/.

Jobin, Marie-Josée. 2001. « Prostitution : de la théorie de l'étiquetage à la pratique du vécu. La perception de cinq femmes qui font de la prostitution ». *Reflets : Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire* 7 (1): 206-28. https://doi.org/10.7202/026346ar.

Johnson, Luke, Lucy C. Potter, Harriet Beeching, et al. 2023. « Interventions to Improve Health and the Determinants of Health among Sex Workers in High-Income Countries: A Systematic Review ». *The Lancet Public Health* 8 (2): e141-54. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00252-3.

Kairys, Norah, Karen Carlson, et Manish Garg. 2025. « Bacterial Vaginosis ». Dans *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459216/.

Karandikar, Sharvari, Katherine Kieninger, Alexa Ploss, et Leah Walkowski. 2024. « "Helping Professionals, Hear Us Out!" What Sex Workers Want You to Understand About Their Work ». *Journal of Social Service Research*, advance online publication, novembre 18. https://doi.org/DOI:%252010.1080/01488376.2024.2426468.

Khan, Kianaat, Noor ul Saba Tariq, et Saima Majeed. 2024. « Psychological Impact of Medical Gaslighting on Women: A Systematic Review ». *Journal of Professional & Applied Psychology* 5 (1): 1. https://doi.org/10.52053/jpap.v5i1.249.

Kite, Mary, et Bernard Whitley. 2013. *Psychologie des préjugés et de la discrimination*. De Boeck Superieur.

Klambauer, Eva. 2018. « Policing Roulette: Sex Workers' Perception of Encounters with Police Officers in the Indoor and Outdoor Sector in England ». *Criminology & Criminal Justice* 18 (3): 255-72. https://doi.org/10.1177/1748895817709865.

Koken, Juline A. 2012. « Independent Female Escort's Strategies for Coping with Sex Work Related Stigma ». *Sexuality & Culture* 16 (3): 209-29. https://doi.org/10.1007/s12119-011-9120-3.

Krüsi, A, K Pacey, L Bird, et al. 2014. « Criminalisation of clients: reproducing vulnerabilities for violence and poor health among street-based sex workers in Canada—a qualitative study ». *BMJ Open* 4 (6): e005191. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005191.

Krüsi, Andrea, Thomas Kerr, Christina Taylor, Tim Rhodes, et Kate Shannon. 2016. « "They Won't Change It Back in Their Heads That We're Trash": The Intersection of Sex Work-Related Stigma and Evolving Policing Strategies ». *Sociology of Health & Illness* 38 (7): 1137-50. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12436.

Kurtz, Steven P, Hilary L Surratt, Marion C Kiley, et James A Inciardi. 2005. « Barriers to Health and Social Services for Street-Based Sex Workers ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 16 (2): 345-61. https://muse.jhu.edu/pub/1/article/183208.

Lazarus, Lisa, Kathleen N. Deering, Rose Nabess, Kate Gibson, Mark W. Tyndall, et Kate Shannon. 2012. « Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada ». *Culture, Health & Sexuality* 14 (2): 139-50. https://doi.org/10.1080/13691058.2011.628411.

Le Breton, David. 2012. « 2. Les grands axes théoriques de l'interactionnisme ». Dans *L'interactionnisme symbolique*. Quadrige. Presses Universitaires de France. Cairn.info. https://shs.cairn.info/l-interactionnisme-symbolique--9782130732679-page-45?lang=fr.

Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris, et Grant Russell. 2013. « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations ». *International Journal for Equity in Health* 12 (1): 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18.

Lhuilier, Dominique. 2005. « Le « sale boulot » ». Psychologie. *Travailler* 14 (2): 73-98. https://doi.org/10.3917/trav.014.0073.

Link, Bruce G., et Jo C. Phelan. 2001. « Conceptualizing Stigma ». *Annual Review of Sociology* 27 (août): 363-85. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363.

Lloyd, E. Paige, Gina A. Paganini, et Leanne ten Brinke. 2020. « Gender Stereotypes Explain Disparities in Pain Care and Inform Equitable Policies ». *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7 (2): 198-204. https://doi.org/10.1177/2372732220942894.

Logie, Carmen H., et Laura Nyblade. 2024. « Recognizing and Responding to Stigma-Related Barriers in Health Care ». *Nature Reviews Disease Primers* 10 (1): 70. https://doi.org/10.1038/s41572-024-00554-6.

Macioti, P. G., Jennifer Power, et Adam Bourne. 2023. « The Health and Well-Being of Sex Workers in Decriminalised Contexts: A Scoping Review ». *Sexuality Research and Social Policy* 20 (3): 1013-31. https://doi.org/10.1007/s13178-022-00779-8.

Magalhaes, Lilian, Christine Carrasco, et Denise Gastaldo. 2010. « Undocumented Migrants in Canada: A Scope Literature Review on Health, Access to Services, and Working Conditions ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 12 (1): 132-51. https://doi.org/10.1007/s10903-009-9280-5.

Major, Brenda, John F. Dovidio, Bruce G. Link, et Sarah K. Calabrese. 2018. « Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview ». Dans *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, édité par Brenda Major, John F. Dovidio, et Bruce G. Link. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.1.

Marlatt, G. Alan. 1996. « Harm reduction: Come as you are ». *Addictive Behaviors*, Addiction ’96 « Treatment Across the Addictions », vol. 21 (6): 779-88. https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00042-1.

Marquet, Jacques, Luc Van Campenhoudt, et Raymond Quivy. 2022. « Cinquième étape. L’observation ». *Collection U* 6: 167-228. https://shs.cairn.info/manuel-de-recherche-en-sciences-sociales--9782200633950-page-167.

Marx, David, et Sei Jin Ko. 2019. « Stereotypes and Prejudice ». Dans *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. https://oxfordre.com/psychology/display/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-307?d=%2F10.1093%2Facrefore%2F9780190236557.001.0001%2Facrefore-9780190236557-e-307&p=emailAiGwTnIOxAV4g.

Matthews, Richard. 2017. « The Cultural Erosion of Indigenous People in Health Care ». Humanities. *CMAJ* 189 (2): E78-79. https://doi.org/10.1503/cmaj.160167.

Matusitz, Jonathan. 2012. « Relationship between Knowledge, Stereotyping, and Prejudice in Interethnic Communication ». *PASOS Revista de turismo y patrimonio cultural* 10 (1): 89-98. https://doi.org/10.25145/j.pasos.2012.10.008.

McAleese, Samantha, et Lynette Schick. 2018. *Housing, Shelter, and Safety Needs of Street-Level Sex Workers in Ottawa*. With Fran Klodawsky, Elizabeth Hay, Jen, Mika, Christine, et Corinne. <bound method Organization.get_name_with_acronym of <Organization: POWER (Prostitutes of Ottawa-Gatineau Work Educate and Resist)>>. https://canadacommons.ca/artifacts/1925067/housing-shelter-and-safety/2676838/.

Mensah, Maria Nengeh. 2007. « Travail du sexe: 14 réponses à vos questions [Dépliant] ». Stella et Service aux collectivités UQAM. https://sac.uqam.ca/le-service-aux-collectivites/comment-elaborer-un-projet/244-travail-du-sexe-14-reponses-a-vos-questions-depliant.html.

Mensah, Maria Nengeh, et Cynthia Lee. 2010. « Petites et grandes discriminations des travailleuses du sexe au Québec Plaidoyer ». Travail Social. *Le Sociographe* 31 (1): 47-55. https://doi.org/10.3917/graph.031.0047.

Mondou, Isabelle. 2013. « De la définition de la réduction des méfaits : consensus et divergences ». Dans *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques*. Les Presses de l'Université Laval. https://www.pulaval.com/libreacces/9782763798783.pdf#page=39.

Morrissette, Joëlle, Sylvie Guignon, et Didier Demazière. 2011. « De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche ». *Recherches qualitatives* 30 (1): 1-9. https://doi.org/10.7202/1085477ar.

Ndonky, Alphousseyni, Sébastien Oliveau, Richard Lalou, et Stéphanie Dos Santos. 2015. « Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar ». *Cybergeo: European Journal of Geography*, advance online publication, décembre 7. https://doi.org/10.4000/cybergeo.27312.

Ng, Isaac KS, Sarah ZL Tham, Gaurav Deep Singh, Christopher Thong, et Desmond B. Teo. 2024. « Medical Gaslighting: A New Colloquialism ». *The American Journal of Medicine* 137 (10): 920-22. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2024.06.022.

Otero, L., V. Palacio, F. Carreño, F. J. Méndez, et F. Vázquez. 1998. « Vulvovaginal Candidiasis in Female Sex Workers ». *International Journal of STD & AIDS* 9 (9): 526-30. https://doi.org/10.1258/0956462981922764.

Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli. 2012. « Chapitre 11 - L'analyse thématique ». Sciences de l'éducation. *Collection U*, 231-314. https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231.

Parent, Colette, et Chris Bruckert. 2005. « Le travail du sexe dans les établissements de services érotiques : une forme de travail marginalisé ». Sociologie. *Déviance et Société* 29 (1): 33-53. https://doi.org/10.3917/ds.291.0033.

Parent, Colette, et Christine Bruckert. 2005. « Répondre aux besoins des travailleuses du sexe de rue : un objectif qui passe par la décriminalisation de leurs activités de travail ». *Reflets : Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire* 11 (1): 112-45. https://doi.org/10.7202/013061ar.

Pheterson, Gail. 1993. « The Whore Stigma: Female Dishonor and Male Unworthiness ». *Social Text*, nº 37: 39-64. https://doi.org/10.2307/466259.

Potter, Lucy C., Jeremy Horwood, et Gene Feder. 2022. « Access to healthcare for street sex workers in the UK: perspectives and best practice guidance from a national cross-sectional survey of frontline workers ». *BMC Health Services Research* 22 (1): 178. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07581-7.

Preddie, Justin P., et Monica Biernat. 2021. « More than the Sum of Its Parts: Intersections of Sexual Orientation and Race as They Influence Perceptions of Group Similarity and Stereotype Content ». *Sex Roles* 84 (9): 554-73. https://doi.org/10.1007/s11199-020-01185-3.

Puri, Nitasha, Kate Shannon, Paul Nguyen, et Shira M. Goldenberg. 2017a. « Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting ». *BMC Women's Health* 17 (1): 133. https://doi.org/10.1186/s12905-017-0491-y.

Puri, Nitasha, Kate Shannon, Paul Nguyen, et Shira M. Goldenberg. 2017b. « Burden and Correlates of Mental Health Diagnoses among Sex Workers in an Urban Setting ». *BMC Women's Health* 17 (1): 133. https://doi.org/10.1186/s12905-017-0491-y.

Rayson, Josephine, et Beatrice Alba. 2019. « Experiences of stigma and discrimination as predictors of mental health help-seeking among sex workers ». *Sexual and Relationship Therapy* 34 (3): 277-89. https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1628488.

Reeves, Elizabeth. 2015. « A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care ». *Issues in Mental Health Nursing* 36 (9): 698-709. https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319.

Rekart, Michael L. 2005. « Sex-work harm reduction ». *The Lancet* 366 (9503): 2123-34. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67732-X.

Reynish, Tamara, Ha Hoang, Heather Bridgman, et Bróna Nic Giolla Easpaig. 2021. « Barriers and Enablers to Sex Workers' Uptake of Mental Healthcare: A Systematic Literature Review ». *Sexuality Research and Social Policy* 18 (1): 184-201. https://doi.org/10.1007/s13178-020-00448-8.

Ripa, Yannick. 2016. « Prostitution en Europe (Histoire de la) ». Webpage. Encyclopædia Universalis, Encyclopædia Universalis, novembre 7. https://www.universalis-edu.com/encyclopedie/prostitution-en-europe-histoire-de-la.

Robertson, James R. 2003. « La prostitution CIR 82-2F ». Division du droit et du gouvernement, septembre 19. https://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/CIR/822-f.htm.

Santini, Tara, Alana Klein, Stella, l'amie de Maimie, et Butterfly Asian and Migrant Sex Worker Support Network. 2020. « Travail du sexe et discours sur la réduction des méfaits : document de réflexion ». juin. https://chezstella.org/wp-content/uploads/2020/09/Travail-du-sexe-et-discours-sur-la-re%CC%81duction-des-me%CC%81faits-.pdf.

Sawicki, Danielle A., Brienna N. Meffert, Kate Read, et Adrienne J. Heinz. 2019. « Culturally competent health care for sex workers: an examination of myths that stigmatize sex work and hinder access to care ». *Sexual and Relationship Therapy* 34 (3): 355-71. https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1574970.

Schuster, Mark A, Rebecca Collins, William E Cunningham, et al. 2005. « Perceived Discrimination in Clinical Care in a Nationally Representative Sample of HIV-Infected Adults Receiving Health Care ». *Journal of General Internal Medicine* 20 (9): 807-13. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.05049.x.

Shannon, Kate, Steffanie A Strathdee, Shira M Goldenberg, et al. 2015. « Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants ». *The Lancet* 385 (9962): 55-71. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60931-4.

Shaver, Frances M. 2011. « Prostitution ». L'Encyclopédie canadienne, octobre 27. https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/prostitution.

Singer, Randi Beth, Amy K. Johnson, Natasha Crooks, et al. 2021. « "Feeling Safe, Feeling Seen, Feeling Free": Combating stigma and creating culturally safe care for sex workers in Chicago ». *PLoS ONE* 16 (6): e0253749. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253749.

Socías, M. Eugenia, Jean Shoveller, Chili Bean, Paul Nguyen, Julio Montaner, et Kate Shannon. 2016. « Universal Coverage without Universal Access: Institutional Barriers to Health Care among Women Sex Workers in Vancouver, Canada ». *PLOS ONE* 11 (5): e0155828. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155828.

Squires, Kaitlyn. 2024. « Sex Workers in Canada Face Unequal Access to Healthcare: A Systems Thinking Approach ». *Journal of Primary Care & Community Health* 15 (décembre): 21501319241233173. https://doi.org/10.1177/21501319241233173.

Stangl, Anne L., Valerie A. Earnshaw, Carmen H. Logie, et al. 2019. « The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research,

intervention development, and policy on health-related stigmas ». *BMC Medicine* 17 (1): 31. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3.

Statistique Canada et Gouvernement du Canada. 2023. « La riche diversité des femmes au Canada ». octobre 3. https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/4652-la-riche-diversite-des-femmes-au-canada.

Stella. 2023a. « La loi et la publicité ». Stella, mars. https://chezstella.org/wp-content/uploads/2023/03/advertising_Digital_fr_Final.pdf.

Stella. 2023b. « La loi et les clients ». Stella, mars. https://chezstella.org/wp-content/uploads/2023/03/clients_Digital_fr_Final.pdf.

Stella. 2023c. « La loi et les tierces personnes ». Stella, mars. https://chezstella.org/wp-content/uploads/2023/03/TiercesPersonnes_Digital_FR_Final.pdf.

Stella. 2023d. « La loi et l'espace public ». Stella, mars. https://chezstella.org/wp-content/uploads/2023/03/PublicSpace_Digital_fr_Final.pdf.

Stella, Chris Bruckert, Anna-Aude Caouette, et al. 2013. « Une affaire de langage: parler du travail du sexe ». Stella. https://chezstella.org/fr/publications/stella-feuillet-information-langage/.

Togioka, Brandon M., et Emily Young. 2025. « Diversity and Discrimination in Health Care ». Dans *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568721/.

Toubiana, Madeline, et Trish Ruebottom. 2022. « Stigma Hierarchies: The Internal Dynamics of Stigmatization in the Sex Work Occupation ». *Administrative Science Quarterly* 67 (2): 515-52. https://doi.org/10.1177/00018392221075344.

Toupin, Alexandra, et Sylvie Lévesque. 2025. « Experiences and Perceptions of Gynaecological Violence: A Descriptive Exploration of the Phenomenon from Survivors' Standpoints ». *Feminist Encounters: A Journal of Critical Studies in Culture and Politics* 9 (1): 12. https://doi.org/10.20897/femenc/16022.

Toupin, Louise. 2006. « Analyser autrement la « prostitution » et la « traite des femmes » ». *Recherches féministes* 19 (1): 153-76. https://doi.org/10.7202/014068ar.

Turpel-Lafond, Mary Ellen, et Harmony Johnson. 2021. « In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in BC Health Care | BC Studies: The British Columbian Quarterly ». *BC Studies*, n° 209: 7-17. https://doi.org/10.14288/bcs.vi209.195283.

Urone, Chiara, Ginevra Passiglia, Giulia Graceffa, et Paola Miano. 2024. « Pathways of Self-Determination: A Constructivist Grounded Theory Study of Slut-Shaming Vulnerability

in a Group of Young Adults ». *Sexuality & Culture* 28 (4): 1339-68. https://doi.org/10.1007/s12119-023-10180-1.

Vanmeerbeek, Marc, Julien Mathonet, Marie-Christine Miermans, Anne-Laure Lenoir, et Chantal Vandoorne. 2015. « Prévention et Promotion de La Santé : Quels Modèles Pour Soutenir l'évolution Des Pratiques En Soins de Santé Primaires ? » *La Presse Médicale* 44 (6): e211-20. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.027.

Wadsworth, Pamela, J. A. Eve Krahe, et Kim Searing. 2019. « Health Care Seeking and Engagement After Sexual Assault ». *The Journal for Nurse Practitioners* 15 (10): 801-5. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.07.022.

Ward, H., et S. Day. 2006. « What Happens to Women Who Sell Sex? Report of a Unique Occupational Cohort ». Sex Work. *Sexually Transmitted Infections* 82 (5): 413-17. https://doi.org/10.1136/sti.2006.020982.

Weitzer, Ronald. 2018. « Resistance to Sex Work Stigma ». *Sexualities* 21 (5-6): 717-29. https://doi.org/10.1177/1363460716684509.

Weitzer, Ronald. 2022. « Sex Work: Types and Paradigms ». Dans *Sex For Sale*, 3e éd. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003228639-2.

Wilson Narciso, Sydney. 2020. *Decolonizing Sex Work in Canada: Assessing the Impact of Government Regulation on the Wellbeing of Indigenous Sex Workers*. août. http://hdl.handle.net/1807/101880.

Wittenauer, James, Ruth Ludwick, Kristin Baughman, et Rebecca Fishbein. 2015. « Surveying the Hidden Attitudes of Hospital Nurses' towards Poverty ». *Journal of Clinical Nursing* 24 (15-16): 2184-91. https://doi.org/10.1111/jocn.12794.

Wylie, Lloy, et Stephanie McConkey. 2019. « Insiders' Insight: Discrimination against Indigenous Peoples through the Eyes of Health Care Professionals ». *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 6 (1): 37-45. https://doi.org/10.1007/s40615-018-0495-9.

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretien

Guide d'entretien pour les professionnel.le.s de la santé

Introduction générale

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quel est votre métier ?

3. Depuis combien de temps pratiquez-vous ce métier ?

4. Dans quel type d'établissement de santé pratiquez-vous ? (Clinique privé, CLSC, urgence etc.)

5. Quels sont les aspects de votre métier que vous appréciez ?

6. Quels sont les aspects les plus difficiles de votre métier ?

Vision de la santé en lien avec le travail du sexe

1. Rencontrez-vous régulièrement des travailleurs ou travailleuses du sexe dans le cadre de votre métier ?

2. Selon vous, le travail du sexe est-il associé à des risques particuliers au niveau de la santé physique ou mentale ?

3. De quoi les travailleuses du sexe se plaignent-elles le plus, en termes de problème de santé ?

4. Pour quelles raisons les travailleuses du sexe consultent-elles ?

5. Vous arrive-t-il de découvrir des problèmes à l'examen dont une travailleuse du sexe ne se plaint pas ? Quels sont ces problèmes de santé ?

6. Selon vous, le travail du sexe est-il associé à des risques au niveau de la santé publique ?

7. En général, pensez-vous que les travailleuses du sexe rencontrent des difficultés particulières pour prendre soin de leur santé?

8. Avez-vous suivi des formations particulières concernant le travail du sexe et la santé ?

9. Selon vous, est-ce qu'il existe des préoccupations au niveau de la santé des travailleuses qui seraient liées à leur classe sociale ou à leur environnement ?

<u>Relation patiente-professionnel.le. de la santé</u>

1. Une fois que vous savez que votre patiente est une travailleuse du sexe, est-ce que ça change quelque chose dans votre travail : dans votre façon de lui parler, dans les questions que vous lui posez, dans les problèmes de santé que vous allez chercher, dans les difficultés d'accès aux soins que vous anticipez, dans le suivi que vous allez proposer?

2. Pouvez-vous me raconter le suivi de la dernière personne travailleuse du sexe que vous avez reçu en consultation ?

3. Que faites-vous pour établir une relation de confiance avec vos patient.e.s ? Est-ce que cela est différent pour les travailleuses du sexe ?

4. Est-ce important pour vous qu'une travailleuse du sexe vous dévoile son emploi ? Pourquoi ?

a. Pensez-vous qu'elles le font généralement ?

b. Pouvez-vous le deviner? Si oui, comment ?

c. Leur posez-vous la question ?

5. En général, pensez-vous que les travailleuses du sexe que vous rencontrez écoutent vos conseils et respectent vos plans de traitement ? (Se présentent aux rendez-vous de suivi, prennent leur médication, etc.)

6. Vous arrive-t-il de donner des conseils aux travailleuses du sexe concernant leur mode de vie ?

7. Selon vous, avez-vous des collègues qui ont des préjugés sur les travailleuses du sexe ?

8. Selon vous, avez-vous des collègues qui font des discriminations envers des travailleuses du sexe ? Si oui, quelles sont ces discriminations ? En avez-vous déjà été témoin? Ou bien qui vous l'a racontée ?

9. Comment pensez-vous que ces préjugés et discriminations sont perçus par les travailleuses du sexe ?

<u>Lien travail-accès aux soins de santé</u>

1. Selon vous, les systèmes de prise de rendez-vous médicaux sont-ils adaptés à la réalité des travailleuses du sexe ?

2. Y a-t-il des éléments en lien avec le travail du sexe ou en lien avec l'environnement social et matériel associé au travail du sexe qui, selon vous, rendent plus difficile pour les travailleuses du sexe d'accéder à des soins de santé ?

3. Selon vous, y a-t-il des améliorations aux services de santé qui pourraient bénéficier aux travailleuses du sexe ?

Guide d'entretien pour les intervenant.e.s sociaux.ales

Introduction générale

1. Quel âge avez-vous ?

2. Pouvez-vous expliquer votre travail ?

3. Quel est l'objectif de l'organisme avec lequel vous travaillez ?

4. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de travailleuses du sexe ?

5. Quels sont les aspects de votre métier que vous appréciez ?

6. Quels sont les aspects les plus difficiles du métier ?

Portrait médical des travailleuses du sexe selon les intervenant.e.s

1. Quels sont les besoins de santé des travailleuses du sexe les plus fréquents ?

2. Les travailleuses du sexe avec lesquelles vous travaillez ont-elles, pour la plupart, un médecin de famille ?

3. Les travailleuses du sexe avec lesquelles vous travaillez ont-elles, pour la plupart, des assurances médicales et/ou des assurances dentaires ?

4. Les travailleuses du sexe avec lesquelles vous travaillez ont-elles, pour la plupart, la possibilité d'obtenir des services en santé mentale ?

5. Les travailleuses du sexe avec lesquelles vous travaillez ont-elles, pour la plupart, un bon entourage (famille, amis, réseau de soutien) ?

Lien travail-accès aux soins de santé

1. Quelles sont les difficultés auxquelles se heurtent les travailleuses du sexe lorsqu'il est question d'accès aux soins de santé ?

2. Selon vous, les systèmes de prise de rendez-vous médicaux sont-ils adaptés à la situation de vie des travailleuses du sexe ? (Horaire de travail, déplacement, etc.)

3. Est-ce que les travailleuses du sexe avec lesquels vous travaillez ont, pour la plupart, un revenu ou une assurance leur permettant d'aller chercher des services de santé spécialisés non couverts par la RAMQ (optométrie, soins dentaires, etc.) ?

4. Quels types de services répondent le mieux aux besoins des travailleuses du sexe selon vous ? (Médecins de famille, cliniques privées, CLSC, cliniques communautaires, services de santé dans organismes communautaires)

5. Selon vous, est-ce que les lois actuelles concernant le travail du sexe affectent l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe ? De quelles manières ?

6. Quelles mesures concrètes recommanderiez-vous pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe ?

Relation patiente-professionnel.le.s de la santé

1. Selon vous, les travailleuses du sexe sont-elles stigmatisées au sein de la société ?

a. De quelles façons ?
b. Cela peut-il nuire à leur accès aux soins ?
c. De quelles façons ?

2. Selon vous, les travailleuses du sexe sont-elles plus souvent victimes de discrimination et de préjugés par les professionnel.le.s de la santé que les personnes ayant d'autres emplois ?

3. Selon vous, pourquoi les travailleuses du sexe sont-elles victimes de discrimination ?

4. Selon vous, est ce que les travailleuses du sexe s'exposent à des risques de préjugés en dévoilant ou en ne dévoilant pas leur travail aux professionnel.le.s de la santé ? Quels sont ces risques ?

5. Selon vous, est ce que les travailleuses du sexe s'exposent à des risques pour la santé en dévoilant ou en ne dévoilant pas leur travail aux professionnel.le.s de la santé ? Quels sont ces risques ?

6. Est-ce que des travailleuses du sexe avec lesquelles vous travaillez vous ont mentionné avoir de mauvaises expériences avec des professionnel.le.s de la santé ?

    a. Quelles sont ces mauvaises expériences ?
    b. Parmi ces mauvaises expériences, lesquelles reviennent le plus fréquemment ?

7. En général croyez-vous que les professionnel.le.s de la santé répondent aux besoins des travailleuses du sexe ? (Qualité des soins, discussion avec le patient, traitement approprié, respect du consentement, etc.)

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement

Université de Montréal

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Obstacles à l'accès aux soins de santé : la réalité des travailleuses du sexe au Québec
Chercheur principal :	Estelle Carde, Professeure agrégée, Faculté des arts et des sciences, Département de sociologie
Étudiant-chercheur :	Loriane Roy-Beaudette, étudiante à la maîtrise en sociologie
Organisme subventionnaire:	Le projet n'est pas financé
Numéro d'approbation éthique :	2024-5894

1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce Formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire et d'examiner attentivement les informations suivantes.

Ce formulaire peut contenir des mots ou des informations que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous pourriez avoir au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de l'équipe de recherche. N'hésitez pas à leur demander d'expliquer tout ce qui ne vous semble pas clair. Avant de consentir à participer à ce projet, vous pouvez prendre le temps d'y réfléchir et d'en discuter avec vos proches et les membres de votre famille, si vous le désirez.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

La recherche porte sur les obstacles d'accès aux soins de santé pour les travailleuses du sexe au Québec. L'objectif de la recherche est de comprendre l'expérience des travailleuses du sexe face à ces inégalités d'accès aux soins, afin de mieux comprendre la manière dont elles se manifestent concrètement et afin d'éventuellement pouvoir proposer des pistes d'actions pour remédier à ces inégalités

Afin de mener cette recherche, nous recrutons des travailleuses du sexe ou des anciennes travailleuses du sexe qui répondent aux critères suivants:

- Les participantes doivent s'identifier comme femme
- Les particpantes doivent pratiquer, ou avoir pratiqué par le passé, n'importe quelle forme de travail du sexe

- Les participantes doivent avoir 18 ans ou plus
- Les participantes doivent vivre au Québec

Nous recrutons également des professionnel.le.s de la santé (médecins ou infirmières) qui répondent aux critères suivants :
- Les participant.e.s doivent travailler au Québec
- Les participant.e.s doivent avoir offert des services de santé à des travailleuses du sexe

Nous recrutons également des intervenant.e.s travaillant dans un organisme communautaire œuvrant auprès de travailleuses du sexe qui répondent aux critères suivants :
- Les participant.e.s doivent travailler ou avoir travaillé dans un organisme intervenant auprès de travailleuses du sexe au Québec

Nous recrutons également des travailleur.euse.s sociaux.ales qui répondent aux critères suivants:
- Les participant.e.s doivent travailler ou avoir travaillé auprès de travailleuses du sexe au Québec

Nous prévoyons recruter environ 13 participant.e.s à la recherche au total, soit 1 ou 2 travailleuses du sexe, environ 5 professionnel.le.s de la santé, environ 2 intervenant.e.s dans un organisme communautaire et environ 5 travailleur.euse.s sociaux.ales.

3. Déroulement de la participation

3.1 Nombre de rencontres, durée et lieu du déroulement du projet de recherche

Les participant.e.s seront invité.e.s à participer à une seule entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée de 60 à 90 minutes.

Il sera possible de faire l'entrevue à distance, sur la plateforme Zoom ou en présentiel.

3.2 Nature de votre participation

La participation à la recherche consiste en la réalisation d'une entrevue individuelle durant laquelle des thèmes comme les besoins en santé des travailleuses du sexe, l'expérience du système de santé québécois, les barrières à l'accès aux soins et les discriminations vécues par les travailleuses du sexe seront abordés.

Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec le participant, selon ses disponibilités.

Il sera possible de faire l'entrevue en personne ou à distance, sur la plateforme Zoom.

La participation à la recherche implique l'enregistrement audio de l'entrevue dans le but de faciliter la retranscription des entretiens et l'analyse des données. L'enregistrement audio est obligatoire pour participer à la recherche

4. Inconvénients possibles liés à la participation au projet de recherche

La durée de l'entrevue et le déplacement, dans le cas où l'entrevue se fait en personne, peuvent être des inconvénients pour les participant.e.s. De plus, certains sujets sensibles, comme la stigmatisation, les inégalités sociales et la discrimination seront probablement abordés lors de l'entrevue, ce qui peut potentiellement causer des inconforts psychologiques chez les participant.e.s.

Afin de diminuer les inconvénients associés au temps et au déplacement, il sera possible pour les participant.e.s de faire leur entrevue à distance, sur la plateforme Zoom si cela leur convient mieux. De plus, comme des sujets plus difficiles, comme la stigmatisation et la discrimination, seront probablement abordés lors des entrevue, une posture d'écoute sensible et bienveillante sera adoptée et des ressources d'aide seront offertes aux participant.e.s.

5. Risques potentiels associés au projet de recherche

Pour les participantes travailleuses du sexe, étant donné que certains sujets abordés lors des entretiens peuvent concerner des expériences passées douloureuses, comme la stigmatisation ou la discrimination, la douleur émotionnelle est un risque possible. De plus, comme certains aspects du travail du sexe sont toujours criminalisés au Canada et que les travailleuses du sexe sont souvent stigmatisées, il est possible que l'implication des participantes dans l'industrie du sexe soit secrète. L'identité des participantes restera donc anonyme, afin d'éviter les risques légaux et les risques de stigmatisation.

Pour les participant.e.s professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s, il y a un risque de douleur émotionnelle puisque les entrevues peuvent concerner des pratiques discriminantes ou des situations difficiles vécues dans le cadre de leur travail. Ces participant.e.s pourraient vivre de l'embarras ou avoir peur de représailles dans leur emploi. Encore une fois, l'anonymat sera conservé, afin d'éviter les représailles de l'employeur.

L'anonymat sera garanti pour tou.te.s les participant.e.s afin d'éviter quelconque représailles ou stigmatisation. De plus, une liste de ressources d'aide sera offerte aux participant.e.s pour aider la douleur émotionnelle.

6. Avantages associés au projet de recherche

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Cependant, nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques entourant les inégalités d'accès aux soins de santé vécues par les travailleuses du sexe.

7. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision.

Si vous acceptez de participer mais que vous changez d'avis, vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal ou écrit, selon votre préférence, sans conséquence pour vous. Vous n'avez pas à donner de raisons. Il vous suffit de contacter l'équipe de recherche aux coordonnées suivantes : Loriane Roy-Beaudette, loriane.roy-beaudette@umontreal.ca.

La chercheuse en charge du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche ou l'organisme de financement peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut arriver si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne suivez pas les instructions du projet de recherche, ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Sachez que si vous décidez de vous retirer du projet ou si vous êtes retiré.e du projet, aucune nouvelle donnée ne sera recueillie. Cependant, à moins que vous formuliez une demande à l'effet contraire à l'équipe de recherche, les informations et le matériel déjà collectés dans le cadre de ce projet seront conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet. Si vous désirez que tous les enregistrements audio déjà recueillis vous concernant soient détruits, vous devez en informer l'équipe de recherche.

Dans tous les cas, il sera impossible de détruire les analyses portant sur vos données lorsque les résultats de la recherche seront publiés.

Toute nouvelle connaissance acquise au cours du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

8. Confidentialité

Lors de votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse en charge de ce projet ainsi que les membres de son équipe de recherche rassembleront, dans un dossier de recherche, les informations vous concernant nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ce dossier de recherche inclut notamment les éléments suivants : le type de travail du sexe effectué, la profession, l'âge, le genre, le type de services de santé offert par les professionnel.le.s de la santé.

Toutes les informations recueillies resteront confidentielles dans la mesure permise par la loi. Vos données seront protégées et conservées dans des dossiers informatiques dans des ordinateurs accessibles par mot de passe. Les copies papiers, s'il y a lieu, seront conservées dans des dossiers sous clés.

La chercheuse responsable et les personnes qui auront accès aux données de recherche sont tenues de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada.

La chercheuse et son équipe prendront les moyens nécessaires afin que les renseignements personnels que vous nous donnerez demeurent confidentiels. Ces moyens sont les suivants :

- Les formulaires d'information et de consentement signés et le dossier de recherche demeureront confidentiels, de la collecte des données jusqu'à la publication des résultats de recherche. En aucun temps, votre identité, l'identité de votre employeur ou votre statut ne seront dévoilés.
- Le dossier de recherche comportera: le présent formulaire, des enregistrements audio, des transcriptions, des grilles d'entrevue, des notes de la chercheuse
- Il sera conservé dans un classeur fermé à clé et dans un local également fermé à clé à l'Université de Montréal. Les fichiers informatiques seront enregistrés sur l'ordinateur sécurisé de la chercheuse.

(Dans les cas de données de recherche dépersonnalisées et codées)
Seuls le chercheur principal et le chercheur étudiant connaîtront l'identité des participant.e.s. Chaque participant.e à la recherche se verra attribuer un code qui liera les formulaires d'information et de consentement et les données de recherche. Seul la chercheuse principale et le chercheur étudiant conserveront la liste associant le code des participant.e.s à leur nom, ce qui permettra de procéder au retrait des données, au besoin.

Limite de l'anonymat pouvant être garanti par la chercheuse
Considérant le petit échantillon de personnes rencontrées, il se peut que des lecteur.rice.s averti.e.s puissent suspecter l'identité de certains participant.e.s. Dans ce contexte, la chercheuse veillera à ne pas associer certaines idées sensibles à un.e participant.e en particulier.

Diffusion des résultats de recherche
Les données de recherche pourront être publiées ou discutées scientifiquement, mais il ne sera pas possible de vous identifier uniquement à partir de ces données.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche est accessible aux personnes mandatées par les organismes subventionnaires, par l'établissement et par le comité d'éthique de la recherche ayant approuvé ce projet. Ces individus et organisations adhèrent à une stricte politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les informations qui y sont collectées et y faire apporter les corrections nécessaires. Cependant, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait nécessiter votre retrait du projet afin de préserver son intégrité.

Pour les entrevues qui auront lieu sur la plateforme zoom, il est possible que l'utilisation de cette plateforme exige du ou de la participant.e qu'il ou elle consente aux 'Termes et Conditions' et/ou à la 'Politique de protection de la vie privée' de la plateforme, qui peuvent inclure des dispositions en matière de confidentialité et de vie privée différentes des dispositions prévues au présent Formulaire d'information et de consentement. Nous vous invitons à lire attentivement ces conditions spécifiques aux plateformes numériques avant d'y consentir.

Conservation du dossier de recherche
Les renseignements et données de recherche seront conservés à l'Université de Montréal dans un classeur et dans un local, tous deux fermés à clé ou sur un serveur informatique protégé (disque virtuel chiffré à l'aide de Veracrypt). Ils seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

9. Possibilité de commercialisation

Les résultats de recherche résultant de votre participation ne sont pas susceptibles de conduire à la création de produits commerciaux.

10. Financement du projet de recherche

Ce projet de recherche n'est pas financé.

11. Compensation

Vous recevrez une compensation de 35 $ pour votre participation à cette étude, sous forme d'argent comptant, à la suite de l'entrevue.

12. Communication des résultats généraux de la recherche

L'équipe de recherche pourra faire parvenir aux participant.e.s qui le souhaitent un court résumé des résultats généraux de la recherche. Si vous désirez recevoir ce résumé, vous devez indiquer votre adresse courriel ou postale à la fin du document.

13. Utilisations secondaires de données

Si vous y consentez, les renseignements que vous fournissez pourraient être utilisés dans le cadre de projets de recherche futurs, qui porteront sur différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approché.e aujourd'hui (incluant des projets de mémoire et de thèses étudiants). Dans le contexte de ces utilisations secondaires, seules vos données codées ou anonymisées seront utilisées. De plus, cette utilisation aura lieu avant la date prévue de destruction des données. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheuse et seront autorisés par le Comité d'éthique de la recherche – Société et Culture de l'Université de Montréal. La chercheuse s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

14. En cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne dégagez pas la chercheuse ni l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

15. Identification des contacts

Si vous avez des questions ou rencontrez des problèmes en lien avec votre participation à ce projet de recherche, ou si vous souhaitez vous retirer du projet, vous pouvez contacter la chercheure aux coordonnées suivant : Loriane Roy-Beaudette, [redacted], loriane.roy-beaudette@umontreal.ca

16. Plaintes

Pour toute question sur vos droits à titre de participant.e à la recherche, ou sur les responsabilités des chercheur.e.s, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche - Société et culture par courriel à l'adresse cersc@umontreal.ca ou encore consulter le site Web http://recherche.umontreal.ca/participants.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au 514 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

17. Conflits ou liens d'intérêts

La chercheure déclare qu'elle n'a aucun intérêt personnel qui pourrait entrer en conflit avec son rôle de chercheure.

18. Suivi des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche Comité d'éthique de la recherche - Société et culture (CERSC) de l'Université de Montréal a approuvé le projet de recherche et en assure le suivi.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche: *Obstacles à l'accès aux soins de santé : la réalité des travailleuses du sexe au Québec*

Consentement du ou de la participante :

- Je confirme qu'on m'a présenté ce projet de recherche et que j'ai attentivement lu ce Formulaire d'information et de consentement.

- Je confirme qu'on a répondu à toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes.
- Je confirme que j'ai également pu, si je le souhaitais, en discuter avec mes proches.
- Je confirme que j'ai pu prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche dans les conditions qui sont énoncées au présent Formulaire d'information et de consentement :

_____

Nom et signature du participant Date

CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT AUDIO ET/OU VIDÉO :

Oui ❐ Non ❐Initiales du participant :_____

CONSENTEMENT À L'UTILISATION SECONDAIRE DES DONNÉES :

Oui ❐ Non ❐Initiales du ou de la participant.e :_____

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE LA RECHERCHE

Si vous souhaitez obtenir un résumé des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrons vous le faire parvenir :

Adresse électronique :

_____

Adresse postale dans le cas où vous n'avez pas d'adresse électronique :

_____

Signature et engagement de la chercheure

Je certifie que ce formulaire d'information et de consentement a été expliqué au ou à la participant.e et que ses questions ont reçu une réponse. J'accepte de respecter ce qui a été convenu sur le formulaire d'information et de consentement et d'en fournir une copie signée et datée au ou à la participant.e :

Nom et signature de la chercheure) Date

Annexe 3 : Approbation éthique du CERSC

Comité d'éthique de la recherche - Société et culture (CERSC)

Bureau de la conduite responsable en recherche

Université de Montréal

08 juillet 2024

Estelle Carde, professeure agrégé
Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences
Université de Montréal

Loriane Roy-Beaudette, étudiante à la maîtrise
Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences
Université de Montréal

OBJET :	Projet # 2024-5894 - Approbation éthique finale Titre : Obstacles à l'accès aux soins de santé : la réalité des travailleuses du sexe au Québec

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche - Société et culture (CERSC) de l'Université de Montréal a évalué votre projet de recherche. Suite à cette évaluation, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 12 juin 2024.

Nous accusons réception des précisions et corrections demandées via le formulaire de conditions F20 ainsi que des documents en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique. Suite à la révision de ces documents, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé par le CERSC.

Les documents que le CERSC a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont disponibles dans la section **Documents approuvés par le CER**, située sous l'onglet "Fichiers" de votre projet.

Cette approbation éthique est valide pour un an, à compter du 08 juillet 2024 jusqu'au 08 juillet 2025. Il est de votre responsabilité de compléter le formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de votre approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSC sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **déviation** au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).

NAGANO Approbation finale par le comité d'éthique 1 / 2

- Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSC de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSC, Anne-Marie Tassé,

Dominique Laroche
Conseillère en éthique de la recherche
Comité d'éthique de la recherche - Société et culture (CERSC)
Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal
3333, chemin Queen-Mary, bureau 220
Montréal (Québec) H3V 1A2
Tél. 514 343-6111, poste 39051
cersc@umontreal.ca

Envoyé par :

Dominique Laroche

Signé le 2024-07-08 à 10:37

Comité d'éthique de la recherche - Société et culture (CERSC)

Bureau de la conduite responsable en recherche

Université de Montréal

Le 9 décembre 2024

Estelle Carde, professeure agrégée
Faculté des arts et des sciences - Département de sociologie
Université de Montréal

Loriane Roy-Beaudette, étudiante à la maîtrise
Faculté des arts et des sciences - Département de sociologie
Université de Montréal

OBJET :	Projet # 2024-5894 - Approbation d'une demande de modification à un projet de recherche Titre : Obstacles à l'accès aux soins de santé : la réalité des travailleuses du sexe au Québec Financement : Bourse de fin d'études de maîtrise BFEM ESP A2024

Bonjour,

Vous avez présenté au Comité d'éthique de la recherche - Société et culture (CERSC) de l'Université de Montréal vos réponses et documents modifiés, le 9 décembre 2024, une demande de modification à votre projet de recherche cité en objet.

Le formulaire F1-CERAH/CEREP/CERSC-26650 portait sur les modifications suivantes :

- Ajout de financement; Bourse de fin d'études de maîtrise
- Ajout d'une catégorie de participants : travailleurs sociaux
- Ajout d'une compensation financière pour la participation
- Ajout d'une modalité de sollicitation par des tiers avec le consentement préalable de personnes concernées
- Ajout ou modification de documents de recherche
  - *Demande de financement_ESP_26-06-2024.pdf*
  - *Octroi_ESP_09-09-2024.pdf*
  - *Description de la recherche_2024-10-31 .docx (2).pdf*
  - *Auto_CCSMTL_2024-12-05.pdf*
  - *Annonce_Facebook_2024-10-31.pdf*
  - *Courriels_Recrutement_Travailleurs sociaux 05-12-2024.pdf*
  - *Courriel_Recrutement_Professionnels de la santé_05-12-2024 .pdf*
  - *Courriel_Recrutement_Intervenants_2024-11-04.pdf*
  - *Gabarit_FIC_CERSC_majeur apte_2024-12-05.docx.pdf*
  - *Guide_entrevue_2024-10-21_Version 2.pdf*

Après évaluation, le tout étant jugé conforme aux règles en vigueur en éthique de la recherche, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée par le Comité.

Les documents que le CERSC a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont disponibles, sur Nagano, dans le dossier «Documents approuvés par le CÉR», sous l'onglet « Fichiers » de votre projet.

Le CERSC de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de

Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.
Cordialement,

Pour la présidente du CERSC, Anne-Marie Tassé,

Pauline Morin
Conseillère à l'évaluation éthique continue
Comité d'éthique de la recherche - Société et culture (CERSC)
Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal
3333, chemin Queen-Mary, bureau 220
Montréal (Québec) H3V 1A2
Tél. 514 343-7338
pauline.morin@umontreal.ca

Envoyé par :

Pauline Morin

Signé le 2024-12-09 à 21:23