

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA REMISE EN CAUSE DE ROE V. WADE : PERCEPTIONS ET EXPÉRIENCES DE  
L'ACCÈS À L'AVORTEMENT AUX ÉTATS-UNIS CHEZ LES FEMMES LATINO-  
AMÉRICAINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN SCIENCE POLITIQUE

PAR

ANDRÉANNE BISSONNETTE

JUILLET 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Faculté de science politique et de droit  
Département de science politique

La présente thèse intitulée  
*La remise en cause de Roe v. Wade : Perceptions et expériences de l'accès à l'avortement aux États-Unis chez les femmes latino-américaines*

Présentée par  
**Andréanne Oigny-Bissonnette**

A été évaluée par le jury composé de

**Frédéric Gagnon, professeur de science politique (Université du Québec à Montréal)**

Directeur de recherche

**Mary Ziegler, professeure de droit (University of California - Davis)**

Évaluatrice externe

**Kelly Gordon, professeure adjointe de science politique (McGill)**

Évaluatrice externe

**Carole Clavier, professeure de science politique (Université du Québec à Montréal)**

Présidente du jury

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je voudrais remercier les femmes qui ont pris de leur temps pour échanger avec moi, qui m'ont confié leurs récits et leurs pensées, avec leur expériences de l'avortement. À vous toutes, sachez que votre confiance me touche profondément. J'espère avoir fait honneur et su porter adéquatement vos voix – et je souhaite que vos expériences soient porteuses de changements, et qu'un accès universel aux soins de santé reproductive soit un jour réalité et non utopie. Chaque mot de cette thèse vous est dédié, et vos histoires resteront à jamais gravées dans ma mémoire.

Merci à mon directeur de thèse, Frédérick Gagnon. On dit que le choix d'une direction est l'une des décisions les plus déterminantes d'un doctorat. Quatre ans plus tard, je pense que cette décision prise dans ton bureau de poursuivre mon doctorat à l'UQAM – alors que j'amorçais à peine mon projet de mémoire – était une très bonne décision. Étudier l'accès à l'avortement aux États-Unis alors que ce droit s'effrite au point de tomber a été une montagne russe d'émotions, tant sur le plan personnel que professionnel. Plus qu'une direction de recherche, tu m'as permis de verbaliser mes craintes, mes déceptions et même mes rages. Tu m'as aidé à assumer ma position dans le monde académique et à me faire confiance dans l'importance de poursuivre ces recherches à la fois si importantes et si difficiles. Merci.

Je remercie également les membres du jury d'évaluation, Mary Ziegler, Kelly Gordon et Carole Clavier, pour leur temps, leurs commentaires, suggestions et questions qui ont enrichi et qui continueront d'enrichir mes réflexions et travaux sur l'accès à l'avortement aux États-Unis.

Je suis également chanceuse d'avoir pu compter, dans le cadre de mon parcours au doctorat, sur l'aide d'autres professeur.e.s et collègues. Merci aux collègues en études frontalières, en géographie et en politiques de santé qui m'ont conseillé avec justesse à travers la présentation des différentes sections de la thèse lors des conférences internationales. Tout d'abord, je tiens à remercier les collègues de l'*Association for Borderlands Studies* où j'ai eu le plaisir de présenter diverses parties de la présente thèse, à plusieurs stades d'idéation et de complétion. Je vous remercie pour vos commentaires et surtout pour la création d'un environnement sécuritaire pour le partage de recherche qui ne sont pas toujours faciles. Je tiens à remercier plus particulièrement T.

Mark Montoya, Tony Payan, Jussi Laine, Laurie Trautman, Matthew Longo et Naomi Chi. J'aimerais également remercier trois professeur.e.s de l'UQAM : Allison Harell pour ses commentaires sur mon pré-projet de thèse et son soutien lors de la réalisation de mon terrain de recherche, et Paul May et Carole Clavier pour leur judicieux commentaires lors de l'évaluation de mon projet de thèse. Finalement, je souhaite remercier Beth Whitaker (UNC-Charlotte), Willem Maas (York University), Audie Klotz (Syracuse University) et Alex Kustov (UNC-Charlotte) et les participant.e.s du workshop « APSA Dissertation Workshop – Migration and Citizenship » pour leurs commentaires et suggestions m'ayant permis d'améliorer le quatrième chapitre de cette thèse. Un merci spécial également à Marianne C. Cossette pour ses relectures et ses commentaires.

Merci au Conseil de recherche en science humaine et au Conseil des relations internationales de Montréal pour leur soutien financier m'ayant permis de mener mes recherches doctorales.

Je voudrais également remercier tout particulièrement trois femmes qui m'ont grandement inspiré et influencé lors de mon parcours aux études supérieures.

Tout d'abord, merci à Irasema Coronado. Ton soutien, depuis le début de mes études supérieures, m'a permis de réaliser des terrains de recherche, de conceptualiser mes recherches et de prendre confiance en moi en tant que chercheure, étudiante, et individu.

À Eva Moya, merci d'avoir allumé en moi cette passion pour le droit à la santé dès notre première rencontre et de m'avoir accompagné de près et de loin lors de la conception de cette thèse. Merci de m'avoir accueilli au département de travail social de l'UTEP pour un séjour de recherche en 2019 et de m'avoir permis d'acquérir l'expérience d'entrevue et les outils pour mener à bien mes entretiens. Mais plus spécifiquement, merci de m'avoir fait comprendre que de mener des recherches pour améliorer le quotidien n'est pas seulement possible, mais essentiel. Cette thèse ne serait pas la même sans tes conseils et tes encouragements.

Et Élisabeth Vallet. Les mots me manquent pour te dire merci. À tes côtés, j'ai appris à faire de la recherche, à naviguer ce monde académique qui n'est pas toujours facile pour une femme faisant de la recherche sur des sujets ardu, à trouver ma voix en enseignement. Ta confiance et ton soutien indéfectible, ainsi que ta compréhension et ton écoute font de toi une incroyable mentor et je suis

choyée d'avoir cheminé avec toi durant 7 ans. Merci pour tes encouragements, tes relectures et tes pep-talks lors des creux. Merci pour ton temps, ton amitié et d'avoir cru en moi lorsque je n'arrivais pas à voir le bout.

À l'équipe de la Chaire Raoul-Dandurand, merci pour votre présence et votre soutien. Grâce à vous, mon aventure du doctorat a été enrichie par les opportunités d'échanger, de participer à des recherches et des événements, et apprendre de celles et ceux qui sont passé.e.s par là avant moi. Yvana, merci pour ton écoute et tes mots rassurants à travers les années. Apprendre à vulgariser mon sujet de thèse et convier l'importance de cet enjeu est une chance inouïe et je te remercie pour ton soutien et tes conseils. #TeamGeopo (Mathilde, Thalia, Mylène, Laurence, Daniela, Maélys, Gabrielle) vous êtes des collègues en or, et ce fut un plaisir d'apprendre de vous et à vos côtés. Mes lundis matins seront bizarres sans vous.

On dit souvent que faire un doctorat est une aventure en solitaire. Si plusieurs moments ont effectivement été marqués par une grande solitude et si nous sommes seul.e.s à porter le stress et les angoisses qui accompagnent le doctorat, j'ai trouvé que ces quatre années ont plutôt souligné la richesse de mon cercle – et sans eux, je n'écrirais pas ces mots.

À mes parents, Marc et Marie-Hélène, mes parents bonus, Hélène et Claude, et mes frères (Maxim et Cédric) et sœurs (Karell et Fanny) vous n'avez pas toujours compris pourquoi je m'embarquais dans ce projet fou d'un doctorat en science politique, mais à chaque étape, vous étiez présent.e.s, avec vos encouragements. Un merci spécial à mon papa qui a, à plusieurs reprises, contribué à mon équilibre mental en embarquant dans mes projets d'ébénisterie, et à ma grande sœur, Karell, qui est toujours là, qui a accepté mon horaire irrégulier et qui a souligné avec moi chacune des étapes du doctorat, merci tellement. Merci à mon oncle Serge, qui a lu tout ce que j'ai écrit dans les quatre dernières années et est toujours présent à mes conférences. Finalement, ma grand-maman Rita, qui ne m'aura pas vu amorcer – et terminer – ce marathon qu'est le doctorat, mais dont la force, la détermination et l'amour de l'école m'ont mené à faire ce choix des études supérieures, merci d'avoir insufflé en moi cette amour de l'éducation, je suis fière de marcher dans tes traces et contribuer à la formation des prochaines générations.

Merci à mes ami.e.s qui m'ont permis de rester ancrée dans le présent, de prendre des pauses nécessaires, de décrocher, mais aussi, de parler avec passion de ces enjeux qui sont abordés dans les prochaines pages. Vous savez vous êtes qui, merci pour tout. Un merci tout spécial à Mylène, qui a été témoin des premiers balbutiements de mon intérêt pour les enjeux de santé et d'immigration lors de notre périple le long de la frontière mexicaine-étasunienne. Ton amitié à travers ces années de grands changements et de beaux défis, tes relectures, tes conseils et ton soutien me sont infiniment précieux. Sandra et Valérie, votre amitié depuis maintenant plus de la moitié de nos vies m'est si précieuse et votre présence, vos encouragements et nos brunchs montréalais m'ont permis de garder les pieds sur terre plus d'une fois! Gen, merci pour ce safe space pour parler des enjeux de santé reproductive avec nos cotons ouatés pro-choix. Et Mathilde, que dire. Merci pour ta présence, nos cafés-travail, ton soutien, ton écoute et ta compréhension qui me font douter du caractère solitaire de cette aventure – et ont adouci les moments difficiles. Merci d'être toujours là pour me rappeler de souligner nos belles étapes, et pour tous les beaux souvenirs des dernières années, à Montréal et bien au-delà!

Finalement, ces remerciements ne seraient pas complets sans Vincent. Les mots me manquent pour t'exprimer ma gratitude. À travers les quatre dernières années, tu as été une force calme, un soutien constant et une oreille attentive. Tu m'as soutenu dans les moments de grands questionnements, tu m'as tenu dans tes bras lorsque les émotions prenaient le dessus, tu m'as encouragé à chacune des étapes du doctorat. Tu as accepté toutes mes folies de décoration qui m'ont permis de garder un semi équilibre durant la rédaction. Tu m'as encouragé à prendre soin de moi et à prioriser ma santé lorsque je m'oubliais. Avec Freddie Mercury et David Bowie (nos petits minets), tu m'as permis de passer à travers les creux et célébrer les hauts. Je vous aime!

Et pour terminer, merci Harry Styles pour *Fine Line* et *Harry's House*, en « repeat » (avec quelques autres artistes) dans mes oreilles durant la dernière année.

## **DÉDICACE**

A todas las mujeres y personas que luchan cada día, con sus acciones y su voz, a través de su existencia, contra las políticas de control de los cuerpos.

To all women and individuals fighting daily, with their actions and voice, and by simply being, against the politics aimed at controlling reproductive bodies.

## AVANT-PROPOS

Travailler sur le droit à l’avortement n’est pas un sujet facile ou duquel il est possible d’être déconnectée, particulièrement lorsque la protection de ce droit est remise en cause et que les discours entourant son accès remettent en cause l’agentivité des femmes, comme moi. Durant la réalisation de cette thèse, ces discours se sont amplifiés, et *Roe v. Wade* est tombé alors que nous terminions la rédaction du chapitre 4 et avons amorcé celle du chapitre 5. Conséquemment, la présente thèse est construite de façon à analyser des dynamiques pré-datant *Dobbs* et offre, en guise de conclusion, une analyse des impacts de ce jugement rendu le 24 juin 2022. Malgré les hauts et les bas émotionnels accompagnant une recherche sur le droit à l’avortement et la réalisation d’entretiens sur un sujet personnel et sensible, il était important pour nous de mener à bien cette recherche qui souligne et analyse des enjeux souvent omis de la discussion sur le droit à l’avortement – dont la prise en considération demeure nécessaire dans un monde où le droit à l’avortement est encore plus fragmenté, afin de ne pas oublier personne derrière.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
DÉDICACE .....	vii
AVANT-PROPOS.....	viii
LISTE DES FIGURES.....	xii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
RÉSUMÉ .....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCTION .....	16
CHAPITRE 1 UN DROIT POUR QUI ? LA GÉOPOLITIQUE INTERSECTIONNELLE POUR ÉTUDIER L'ACCÈS DES FEMMES LATINO-AMÉRICAINES AUX SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE AUX ÉTATS-UNIS.....	33
1.1 Revue de la littérature : Politiques et expériences du droit à l'avortement aux États-Unis.....	34
1.1.1 La légalisation et l'encadrement de l'avortement : Entre législatif, juridique et système fédéré	34
1.1.2 Les États et le droit à l'avortement : Entre restrictionnisme et couverture élargie.....	37
1.1.3 Les impacts des lois encadrant l'accès à l'avortement aux États-Unis : Accès économique, physique et légal .....	43
1.1.4 Les réalités latino-américaines face à la santé reproductive : facteurs d'accessibilité et perceptions de la communauté.....	46
1.2 L'ancrage géopolitique du droit à l'avortement aux États-Unis .....	54
1.3 Sortir des marges : Les développements de la géopolitique féministe et de l'intersectionnalité.....	58
1.3.1 La géopolitique féministe : l'inclusion du genre dans l'interprétation de l'espace, de l'échelle et du territoire .....	58
1.3.2 L'intersectionnalité pour aborder les structures de domination .....	63
1.3.3 La justice reproductrice : l'approche intersectionnelle du contrôle des corps reproductifs .....	67
1.3.4 Incorporer l'intersectionnalité à la géographie et la géopolitique féministe .....	69
1.4 Les lieux de rencontre de l'intersectionnalité et de la géopolitique féministe .....	72
1.4.1 La spatialité.....	73
1.4.2 L'(im)mobilité .....	75
1.4.3 Le corps .....	77
1.5 Vers une géopolitique intersectionnelle : appliquer les approches à l'accès aux soins de santé reproductive des femmes latino-américaines résidant aux États-Unis .....	79
1.5.1 La géopolitique intersectionnelle pour situer les corps et étudier les manifestations de pouvoir dans l'accès aux soins de santé reproductive .....	80
1.5.2 La géopolitique intersectionnelle pour aborder l'accès aux soins de santé.....	81

CHAPITRE 2 UN DROIT À GÉOGRAPHIE VARIABLE. L'ÉTUDE DE QUATRE ÉTATS AFIN D'ABORDER LES PERCEPTIONS ET EXPÉRIENCES DE L'AVORTEMENT .....	85
2.1 Cadre conceptuel et définitions.....	85
2.1.1 Définitions des concepts liés à la santé reproductive.....	86
2.1.2 L'étude des lieux d'oppression .....	88
2.2 Sélection et justification des cas d'étude et de la période temporelle .....	93
2.2.1 Sélection et justification des cas d'étude .....	93
2.2.2 La période temporelle.....	96
2.3 La recherche documentaire et les terrains de recherche.....	98
2.3.1 La recherche documentaire et la sélection des sources .....	99
2.3.2 L'enquête terrain.....	101
2.3.2.1 Le questionnaire en ligne.....	101
2.3.2.2 Les entretiens semi-dirigés .....	105
2.3.2.3 Les méthodes de recrutement .....	114
2.4 L'analyse des données qualitatives .....	117
2.5 Réaliser terrain en temps de pandémie : Obstacles rencontrés et limitations.....	122
CHAPITRE 3 CORPS (IM)MOBILES : LE POSITIONNEMENT GÉOGRAPHIQUE ET LA PERCEPTION DE L'ACCÈS.....	125
3.1 « It depends on the zipcode » : Géolocalisation et facteurs géographiques entraînant une fluctuation de l'accès.....	126
3.1.1 Géolocalisation des cliniques et des participantes .....	126
3.1.2 État de résidence et accès aux soins de santé reproductive.....	131
3.1.3 « Might as well be the state of Texas » : Les divisions ruralité et urbanité, entre acceptation sociale et perception d'accès aux cliniques.....	146
3.2 Entre mobilité et immobilité : Accéder aux cliniques.....	155
3.2.1 Des lignes étatiques à étanchéité variable : La mobilité dans et entre les États.....	156
3.2.2 Les zones frontalières, porteuses de ressources ? .....	164
3.3 Contrer l'immobilité : L'avortement-maison et l'accès à la médication.....	169
3.3.1 Encadrement de l'avortement médical et criminalisation de l'avortement-maison .....	169
3.3.2 Accessibilité de l'avortement-maison et connaissances.....	171
CHAPITRE 4 CORPS RACISÉS : LE STATUT MIGRATOIRE ET L'APPARTENANCE ETHNOCULTURELLE .....	176
4.1 L'influence de la précarité de statut dans l'accès aux soins de santé.....	176
4.1.1 Entre fédéré et fédéral : la règle de la charge publique et les initiatives étatiques .....	178
4.1.2 Accéder aux soins en tant que non citoyenne : entre obstacles concrets et craintes perçues ....	182
4.1.3 La génération d'immigration, un facteur dans l'accès aux soins de santé reproductive ?.....	187
4.2 Accéder aux soins de santé reproductive en étant non documentée : Entre peur et résilience .....	191
4.2.1 Statut migratoire et positionnement géographique : Les contrôles migratoires et l'accès aux cliniques.....	192
4.2.2 Soins de santé reproductive chez les migrantes non documentées .....	197

4.2.3	Les migrantes non documentées en détention : un droit précaire .....	203
4.3	Accéder à l'avortement malgré les tabous ? Le rôle de l'origine ethnoculturelle et de la religion dans la perception et de l'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines.....	207
4.3.1	Les femmes latino-américaines et l'avortement : valorisation de la famille, religion et tabous.....	208
4.3.2	« I call myself a cultural Catholic » : religion, culture et perception du droit à l'avortement... ..	213
4.3.3	Traitement par le personnel et discrimination.....	224
4.3.4	Les lois anti-avortement, plus néfastes pour les femmes latino-américaines?.....	230
CHAPITRE 5 CORPS CONTRÔLÉS : INFORMATION, CONNAISSANCE ET POLITIQUES .....		235
5.1	« Go figure it out on your own » : l'accès à l'information sur l'avortement en personne et en ligne.....	235
5.1.1	La disponibilité de l'information en personne : éducation sexuelle et ressources médicales.....	236
5.1.2	« There's Google » : accéder à l'information et les obstacles à la littéracie en ligne .....	247
5.2	« Las claves verdad » : Comprendre l'information et l'importance d'une bonne traduction .....	255
5.2.1	La langue, l'accès à l'information et le niveau d'éducation .....	255
5.2.2	La capacité d'auto-représentation .....	265
5.3	Lorsque l'information est politique : Entre légalité et propositions idéologiques.....	267
5.3.1	Comprendre les politiques en place : discerner le légal de la position idéologique .....	268
5.3.2	« The white men down there at the Capitol » : l'influence des discours politiques sur l'accès et la perception d'accès.....	274
CONCLUSION.....		282
ANNEXE 1 LOIS PORTANT SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS LES ÉTATS ÉTUDIÉS.....		311
ANNEXE 2 LOIS PORTANT SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS LES ÉTATS LIMITROPHES AUX ÉTATS ÉTUDIÉS .....		315
ANNEXE 3 CERTIFICAT À L'ÉTHIQUE .....		328
ANNEXE 4 QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....		331
ANNEXE 5 GRILLE D'ENTREVUE.....		342
ANNEXE 6 EXEMPLE D'ENTRETIEN CODÉ AVEC LE LOGICIEL NVIVO .....		348
BIBLIOGRAPHIE.....		358

## LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Associations étudiantes approchées pour la diffusion du sondage et taux de réponse .....	115
Figure 2.2 Associations communautaires et organismes non gouvernementaux approchés pour la diffusion du sondage et taux de réponse .....	115
Figure 2.3 Cliniques de santé reproductive approchées pour la diffusion du sondage et taux de réponse	116
Figure 2.4 Annonce dans le journal Metro de Philadelphie .....	117
Figure 4.1 Les points de contrôle permanents à la frontière mexicaine-étasunienne.....	195

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Récapitulatif des choix d'études de cas.....	96
Tableau 2.2 Participantes au questionnaire en ligne par État de résidence .....	102
Tableau 2.3 Portrait démographique des participantes au sondage.....	103
Tableau 2.4 Participantes aux entretiens semi-dirigés par État de résidence .....	106
Tableau 2.5 Portrait démographique des participantes au sondage ayant accepté d'être contactées pour l'entretien semi-dirigé.....	110
Tableau 2.6 Classification des questions du questionnaire selon les critères d'analyse .....	118
Tableau 2.7 Noeuds et sous-noeuds pour le codage dans NVivo.....	121
Tableau 3.1 Nombre de cliniques offrant l'avortement dans chaque État, 2017 .....	127
Tableau 3.2 Les zones médicalement sous-desservies par État et type de milieux (2022) .....	146
Tableau 3.3 Les comtés frontaliers et les zones qualifiées MUA .....	147
Tableau 3.4 Principales zones urbaines dans les États étudiés.....	158
Tableau 3.5 Participantes ayant déclaré savoir ce qu'est le Misoprostol et son utilisation selon l'État de résidence .....	172
Tableau 3.6 Participantes ayant tenté un avortement-maison selon l'État de résidence .....	172
Tableau 4.1 Génération d'immigration des participantes au sondage et aux entretiens semi-dirigés.....	188
Tableau 4.2 Position sur l'avortement selon la génération d'immigration .....	190
Tableau 4.3 Questions portant sur la coercition reproductive dans le cadre du questionnaire en ligne.....	210
Tableau 4.4 Affiliation religieuse des participantes au questionnaire et aux entretiens.....	213
Tableau 4.5 Portrait démographique des États selon les restrictions à l'avortement dans un contexte post-renversement de Roe v. Wade .....	232
Tableau 5.1 Programmes d'éducation à la sexualité dans les États étudiés .....	237
Tableau 5.2 Perception de proximité d'une clinique d'avortement par rapport à la proximité réelle des cliniques.....	246
Tableau 5.3 Pourcentage de participantes disant connaître diverses ressources favorisant un accès à l'avortement selon l'État de résidence.....	253

## RÉSUMÉ

### Résumé

En 1973, la Cour suprême des États-Unis légalise, dans la décision *Roe v. Wade*, l'accès à l'avortement sur l'ensemble du territoire. Bien que la décision originale visait l'abolition de l'accessibilité différenciée de l'avortement selon le positionnement géographique des femmes, les décisions subséquentes de la Cour ont réintroduit cette différenciation en octroyant plus de pouvoirs aux États, leur permettant alors d'adopter des mesures visant à restreindre ou protéger le droit. Aujourd'hui, le positionnement géographique des femmes est perçu comme déterminant dans l'accès à l'avortement. Or, les études portant sur la perception et l'expérience de l'accès à l'avortement accordent rarement une attention aux réalités des femmes latino-américaines, qui représentent pourtant 25% des avortements obtenus annuellement. S'appuyant sur une recherche terrain auprès de 83 femmes résidant dans quatre États des États-Unis, la présente thèse aborde la perception et l'expérience de l'avortement chez les femmes latino-américaines. La thèse pose la question suivante : Comment les variations des restrictions à l'avortement dans les États étasuniens affectent-elles la façon dont les femmes latino-américaines qui y résident perçoivent et vivent leur accès aux soins de santé reproductive, en particulier l'avortement ? Ancrée dans une analyse géopolitique intersectionnelle, nous postulons que le positionnement géographique est important, mais que l'analyse territoire-pouvoir-corps doit aborder les marqueurs identitaires des corps – l'origine ethnoculturelle, la langue, la religion, l'éducation, le statut socio-économique et le statut migratoire – afin de comprendre les subtilités de la relation des femmes à l'accès à l'avortement.

Mots clés : avortement; Latino-Américaines; perception; santé reproductive; États-Unis; intersectionnalité; géopolitique

## ABSTRACT

### Abstract

In 1973, the U.S. Supreme Court legalized, in the Roe v. Wade decision, access to abortion across the country. Although the original decision aimed to abolish the territorial differentiations in the procedure's availability and accessibility, the subsequent decisions of the Court have reintroduced this differentiation by granting more powers to States, allowing them to enact measures to restrict or protect the right to abortion. Today, the geographic location of women is seen as a determining factor in access to abortion. However, studies on the perceptions and experiences of access to abortion rarely pay attention to the realities of Latina women, although they represent 25% of abortions obtained annually. Based on field research with 83 women residing in four US states, this thesis addresses the perceptions and experiences of abortion among Latin American women living in the US. The dissertation asks the following question: How do variations in abortion restrictions in US states impact how Latina women residents perceive and experience their access to reproductive health services, most precisely abortion care? Grounded in an intersectional geopolitical analysis, we posit that geographic location is important, but that the territory-power-body analysis must address the identity markers of bodies – ethnocultural origin, language, religion, education, socioeconomic status and migration status – in order to fully grasp the intricacies of women's relationship to access to abortion.

Keywords : abortion; Latina women; perception; reproductive health; United States; intersectionality; geopolitics.

*« Feminists should look carefully and not be fooled into thinking that abortion is still legal if it isn't. If legal abortion is so restricted that it is available only to rich women or to women whose lives are endangered by pregnancy or to women pregnant as a result of rape, then abortion should be declared, in truth, illegal » - Leslie J. Reagan (1997 :251)*

## INTRODUCTION

Le 23 janvier 1973, les unes des journaux étasuniens annonçaient le décès de Lyndon B. Johnson et l'arrivée d'Henry A. Kissinger à Paris pour discuter d'un cessez-le-feu au Vietnam. En une du New York Times, la nouvelle de la décision de la Cour suprême dans l'affaire Roe v. Wade occupait seulement quelques lignes en bas de page (S.A., 1973). La veille, dans un vote à 7 contre 2, une majorité de juges nommés par des présidents républicains avaient pourtant reconnu une protection constitutionnelle du droit à l'avortement pour l'ensemble des États-Uniennes, invalidant du même coup les lois qui criminalisaient toujours la procédure dans certains États. Bien que représentant une importante victoire du mouvement pro-choix, cet événement et sa couverture médiatique ne laissaient pas présager ce qui se produirait ensuite. Durant les 50 dernières années, mouvements pro et anti-choix se sont opposés, politisant l'enjeu et polarisant l'opinion publique. Le ressac contre le droit à l'avortement, loin de s'être amoindri au fil des ans, se poursuit encore aujourd'hui, alors que les États sont graduellement devenus des acteurs centraux dans le débat quant à l'accessibilité de la procédure. De plus, les termes du débat ont glissé d'une discussion de droits individuels vers un enjeu de société : d'un choix individuel, l'avortement est devenu un enjeu électoral et politique.

Ce double glissement participe à la politisation accrue de l'enjeu et est influencé par le niveau de polarisation politique aux États-Unis. Au moment de la légalisation de la procédure, la carte géographique des États-Unis a été uniformisée : le droit à l'avortement était étendu à l'ensemble du territoire, assurant une accessibilité légale à toute femme<sup>1</sup> désirant mettre un terme à une

---

<sup>1</sup> Le terme « femme » sera utilisé dans le cadre de la présente thèse afin de décrire les participantes à la recherche et d'aborder leur perception et expérience de l'avortement. Notre questionnaire démographique utilisait la formulation « s'identifiant comme femme ». Nous reconnaissons que des personnes qui ne s'identifient pas comme femmes

grossesse, et ce, indépendamment de la raison de ce choix. Bien que la légalisation ne se soit pas traduite en une accessibilité universelle, en raison des divers obstacles (économiques, sociaux, physiques) à l'accès, elle a permis un aplanissement des disparités géographiques légales – assurant minimalement une protection du droit à l'avortement. Or, l'augmentation des restrictions par plus de la moitié des États résulte aujourd'hui en un portrait géographique varié, où le droit à l'avortement est à nouveau question de positionnement géographique. Cette situation d'accessibilité variable selon l'endroit où l'on habite est accentuée par les oppressions multiples vécues par les femmes, lesquelles façonnent leur expérience de l'avortement – de leur prise de décision à l'obtention (ou non) de l'interruption de leur grossesse.

Au tournant du 21<sup>e</sup> siècle, les États ont pris de plus en plus de préséance dans la stratégie du mouvement anti-choix. Ce rôle a été favorisé par le climat politique et confirmé par des décisions de la Cour suprême, laquelle a accordé davantage de pouvoirs et de latitude aux États lorsqu'il est question d'encadrer l'avortement – que ce soit pour protéger ou restreindre son accès. En 2007, dans sa décision *Gonzales v. Carhart*, la Cour suprême réaffirme la volonté du gouvernement fédéral d'accorder plus de pouvoirs aux États quant à l'adoption de régulations sur l'avortement, celles-ci étant, selon la Cour, liées au domaine de la santé, qui relève d'un champ de compétence étatique. L'année suivante, l'élection de Barack Obama entraîne la perte à Washington d'une oreille réceptive au mouvement anti-choix, qui avait connu des avancées nationales durant la présidence de George W. Bush<sup>2</sup>. Ces deux événements encouragent le mouvement anti-choix à

---

peuvent également avoir une grossesse menant à un avortement, dont les personnes non binaires et les hommes trans. L'utilisation du terme femmes ne vise pas à invisibiliser le vécu de ces personnes, mais découle plutôt de l'absence – à notre connaissance – de participantes s'identifiant comme tel dans notre étude. Toutefois, plusieurs enjeux abordés dans le cadre de cette thèse peuvent également résonner auprès des personnes non binaires ou des hommes trans. Nous considérons que ces vécus devraient faire l'objet de plus de recherches afin de mieux comprendre les barrières à l'accès et les impacts des lois sur l'accessibilité de toutes les personnes enceintes. Nous utilisons parfois le terme « personne enceinte » dans la thèse lorsque les propos présentés vont au-delà des expériences des participantes à la présente recherche. À d'autres moments nous utilisons le terme « femmes » pour parler de réalités plus larges que celles directement nommées par les participantes. Cela est volontaire, notamment lorsqu'il est question du désir de contrôle des corps reproductifs féminins en raison des discours idéologiques et politiques misogynes qui sous-tendent ces politiques ou positions discursives.

<sup>2</sup> Durant ses deux mandats (2000-2008), George W. Bush a permis l'adoption de lois anti-avortement, comme la Pub. L. 107-207 « Born-Alive Infants Protection Act of 2002 » en 2002, qui reconnaît des protections légales aux fœtus nés vivants après un avortement manqué; la Pub. L. 108-105 « An Act to prohibit the procedure commonly known as partial-birth abortion » en 2003, qui interdit l'avortement par dilatation et extraction, une méthode utilisée dans le cadre d'avortement après la 20<sup>e</sup> semaine; et la Pub. L. 108-212 « An Act to amend title 18, United States Code, and the Uniform Code of Military Justice to protect unborn children from assault and murder, and for other purposes » en 2004,

augmenter sa présence et son activisme auprès des législateurs locaux, dans les législatures d'États et auprès des municipalités. Si les victoires à Washington demeurent centrales, celles dans les États sont perçues comme nécessaires (Ziegler, 2020). Ainsi, lors des élections de mi-mandat de 2010, la montée du *Tea Party* en opposition à la réforme du système de santé (l'adoption du Affordable Care Act, surnommé « Obamacare », quelques mois plus tôt) a donné lieu à des victoires républicaines autant au niveau des États qu'au niveau fédéral<sup>3</sup>. Bien qu'initialement ralliés autour de l'enjeu de la réforme du système de santé, ces législateurs étaient également majoritairement anti-choix.

Ce nombre croissant de législateurs anti-choix couplé à des décisions judiciaires augmentant les possibilités de légiférer pour les États ouvrent la porte à l'augmentation des restrictions à partir de 2010. En 2011, 1100 propositions de lois portant sur l'accès à l'avortement ont été introduites dans les législatures des 50 États – et 135 ont été adoptées, un bond de 46 par rapport à l'année précédente (Benson Gold et Nash, 2012 : 16). Parmi les 135 nouvelles lois, 92 visaient une restriction de l'accès : « A striking 68% of the reproductive health provisions from 2011 are abortion restrictions, compared with only 26% the year before » (Benson Gold et Nash, 2012: 16). Dans les années qui suivent, le nombre de restrictions continue d'augmenter. Le Guttmacher Institute souligne en 2016 que 30% de toutes les restrictions adoptées depuis la légalisation de l'avortement en 1973 l'ont été entre janvier 2011 et juillet 2016 (Nash et al., 2016). Plusieurs de ces lois s'inspirent de modèles communs (« copycat law »), développés par des législateurs ou des groupes de pression anti-choix, entraînant l'adoption de restrictions similaires, voire identiques, dans plusieurs États (Ziegler, 2020 : 189-190; Sable et Galambos, 2006). Parallèlement, l'activisme des groupes et des législateurs pro-choix est également plus visible et concret depuis quelques années. En 2019, 145 lois protégeant l'accès aux services de santé reproductive ont été adoptées, dont 36 visant directement l'accès à l'avortement (Nash et al., 2019). Bien qu'adoptées et mises en

---

qui reconnaît le fœtus comme une victime légale s'il est blessé ou tué lors de la commission d'un des crimes violents reconnus par le fédéral .

<sup>3</sup> Lors des élections de mi-mandat de 2010, les Républicains remportent 63 sièges de plus à la Chambre des représentants et 6 sièges de plus au Sénat à Washington, ainsi que plus de 675 sièges dans les législatures d'États et 6 postes de gouverneurs (Beckwith, 2010).

œuvre dans un nombre limité d'États, ces lois permettent de diminuer l'écart entre le nombre de lois restrictives et de lois favorables<sup>4</sup> adoptées durant les deux dernières années<sup>5</sup>.

Loin d'être un enjeu strictement médical, l'avortement a acquis un statut dominant d'enjeu moral et social, qui divise la société (Lipka, 2016) ; et qui est marqué par la forte polarisation de la société étasunienne (Cohen et Joffe, 2020 : 8 ; North, 2019 ; Leege et al., 2003). L'accès à l'avortement est un enjeu suscitant des visions dichotomiques et polarisantes au sein de la société américaine :

Struggles over abortion funding mirrored shifting ideas about the role of the government and the responsibility for the poor. Campaigns to require women to get the consent of their husbands or parents exposed disagreements about how the family should function or what defined maturity. The abortion struggle exposed disagreements about the need for health care reform and the dividing line between science and politics. The abortion fight both mirrored and changed larger arguments about the difference between fact and opinion, 'fake news' and truth (Ziegler, 2020 : 6-7).

En effet, si en 1973, le débat mettait en opposition le droit des femmes d'une part et le droit à la vie dès la conception de l'autre, il y a eu, depuis, un glissement discursif. Alors que les lois visent à la fois les femmes et les cliniques, l'avortement est aujourd'hui considéré, des deux côtés du débat, comme un enjeu ayant des conséquences sur le fœtus, les femmes, les familles et les communautés (Ziegler, 2020 :2). Ainsi, alors que les États progressistes tendent à adopter des lois visant à protéger, voire élargir l'accessibilité à l'avortement, les États conservateurs tentent d'en restreindre l'accès et de repousser les limites imposées par les décisions juridiques au moyen de lois restrictives et de contestations juridiques (Breslin, 2014). Entre janvier 2014 et juin 2019, 227 restrictions ont été mises en place à travers les États-Unis (Jones et al., 2019). Plus encore, la

---

<sup>4</sup> Dans le cadre de cette thèse, les lois encadrant la pratique de l'avortement sont divisées en deux catégories, selon leur objectif : d'une part, les lois visant à restreindre l'accessibilité ou la légalité de la pratique sont présentées comme lois « anti-avortement », « restrictives » ou « conservatrices » ; d'autre part, les lois visant à protéger ou élargir le droit à l'avortement sont désignées comme lois « progressistes », « permissives » ou « favorables ». Ces termes reflètent le vocabulaire couramment utilisé afin de décrire les types de lois encadrant la pratique de l'avortement en contexte étasunien.

<sup>5</sup> Selon le Guttmacher Institute, l'écart entre les lois protégeant et restreignant l'accès était de près de 50 de 2015 à 2017, alors qu'il est tombé à 19 en 2018 et 22 en 2019 (Nash et al., 2019).

dernière année a démontré une volonté, de la part des législateurs conservateurs, de restreindre l'accès à l'avortement dès la détection, lors d'ultrason, d'une contraction musculaire des tissus foetaux par le biais de lois surnommées « heartbeat bill », qui proscrivent l'avortement au-delà de la 8<sup>e</sup> semaine. Ces deux mouvements entraînent une politisation et une polarisation toujours plus grande de la pratique de l'avortement :

Some of the country's most anti-abortion states are racing one another to ban abortion earlier and earlier in pregnancy (...) At the same time, some of the country's most abortion-supportive states are engaged in an opposite endeavor, working to make abortion as safe, accessible and protected as possible (Cohen et Joffe, 2020: 8-9).

Or, en raison du paysage politique actuel au sein duquel on observe une prédominance de législateurs conservateurs, plus de la moitié des États ont une forme de restriction à l'accès en place et effective.

L'activisme local des groupes et législateurs anti-choix a eu des effets réels et mesurables quant à l'accessibilité et l'universalité de la procédure. En 2010, selon un rapport annuel produit par le Guttmacher Institute analysant le niveau d'hostilité des États à l'égard des droits reproductifs<sup>6</sup>, aucun État n'était considéré comme étant « très hostile » au droit à l'avortement, 29 États étaient considérés comme hostiles et 12 soutenaient le droit. En 2020, selon ce même rapport annuel, 6 États étaient considérés comme « très hostiles », 23 comme « hostiles » et 15 comme soutenant le droit à l'avortement (Nash, 2020). Ces changements de paysage politique entraînent également des

---

<sup>6</sup> L'analyse du Guttmacher Institute permet de distinguer six types de politiques restrictives (limite temporelle à l'accès qui sont contraires aux protections constitutionnelles ; imposition d'un temps d'attente entre la consultation et la procédure ; restriction à la couverture de l'avortement par Medicaid ; interdiction de la télé-médecine pour l'avortement médical ; obligation d'autorisation parentale pour les mineures ; et imposition de règles onéreuses et non essentielles pour les cliniques) et six types de politiques visant à protéger ou élargir les droits à l'avortement (inclusion du droit à l'avortement dans la Constitution de l'État ; établissement d'un critère légal protégeant l'accès à l'avortement ; garantie de la couverture sous Medicaid ; permettre aux infirmières cliniciennes d'offrir la procédure ; obligation de couverture par les plans d'assurances privées ; et protéger l'accès aux cliniques). Seules les politiques effectivement appliquées – et non pas celles bloquées par un ordre juridique (temporaire ou permanent) sont comptabilisées. Pour chacune des lois visant à protéger le droit, l'État se voit attribuer un point (1), et pour chacune des lois visant à restreindre le droit, l'État se voit retirer un point (-1). Par la suite, les États sont catégorisés, selon leur score, sur l'échelle d'hostilité : très hostile (-6) ; hostile (-4 et -5) ; tend à l'hostilité (-2 et -3) ; « middle-ground » (-1 à 1) ; tend à être favorable (2 et 3) ; favorable (4 et 5) ; et très favorable (6) (Nash, 2020).

impacts concrets pour les millions de femmes résidant dans ces États. En 2020, 58% des Étatsuniennes habitent un État hostile ou très hostile alors que 36% résident dans un État soutenant le droit au choix (Nash, 2020). Ainsi, alors que l'un des objectifs de la décision de 1973 était de diminuer les disparités géographiques de l'accès à l'avortement, disparité découlant d'une légalisation selon les États, les décisions juridiques et politiques subséquentes ont entraîné un retour à une « territorialisation » du droit à l'avortement. Cette différenciation territoriale a eu des impacts prononcés sur les femmes durant la crise de la COVID-19, alors que certains États conservateurs, comme le Texas et l'Alabama, ont interdit la pratique de l'avortement sur le territoire de leur État, jugeant la procédure médicale « non essentielle ». Or, contrairement à d'autres interventions qui n'ont pas d'impératif temporel (par exemple, une chirurgie dont le report n'affectera pas le taux de succès ou les chances de survie du/de la patient.e), l'avortement est affecté par la temporalité : il doit être réalisé avant un certain point de la grossesse, moment qui varie selon les législations en vigueur dans chaque État. L'interdiction de l'avortement durant une certaine période pousse les femmes à prendre des risques supplémentaires (par exemple, se déplacer dans un État limitrophe où elles peuvent obtenir un rendez-vous, ce qui implique une possible exposition à des risques de contamination, notamment dans les stations-service, restaurants et hôtels) ou crée une situation où l'absence d'accès retire à la femme son droit au choix.

Conséquemment, ce déplacement du discours entourant l'accès à l'avortement d'un droit individuel à un enjeu sociétal d'une part, et de Washington vers les législatures d'États d'autre part, a décuplé la territorialité des contrôles des corps (Woliver, 2002). Dès le moment où une femme reçoit un résultat positif à un test de grossesse et jusqu'à l'obtention de l'avortement désiré, son corps est soumis à une pluralité de contrôles émanant de politiques, lois, discours et dynamiques sociales. Son choix et le processus menant à celui-ci sont influencés par ces pressions systémiques et les dimensions géopolitiques. Plutôt qu'à un régime juridique, le corps des femmes est soumis à une pluralité de lois et politiques : celle de la ville, de l'État et du fédéral : « There are different abortion paths in different parts of the country based on individual clinic practices and particular state and local laws, with some people facing many of the barriers [...] and others facing none » (Cohen et Joffe, 2020 : 12). À cela s'ajoutent les régimes juridiques des États limitrophes, qui influencent les options dont les femmes peuvent se prévaloir en se déplaçant. Plus encore,

l'augmentation des restrictions visant les cliniques crée un autre lieu de territorialisation du corps des femmes, alors que l'interruption de grossesse se trouve délocalisée à l'extérieur des corps, transposée dans les cliniques, où l'exigence d'ultrason et les technologies médicales entraînent à leur tour une division entre le corps de la femme et le fœtus, qui est représenté comme une entité externe au corps (Murphy, 2012 ; Brown, 2013 ; Berer et Hoggart, 2018). Du point de vue discursif, l'avortement est également extrait du corps des femmes : d'une décision privée, individuelle, la procédure a été, au fil des ans, transposée en enjeu sociétal, ce qui mène à une multiplication des volontés de contrôle des corps des femmes. Finalement, la politisation de la procédure et l'augmentation des restrictions entraînent une territorialisation du corps des femmes en les transformant en lieu où s'exerce le pouvoir et où elles sont dépossédées de leur autonomie, leurs décisions médicales faisant l'objet d'interférences par des entités externes politiques. Cette situation est unique à l'avortement : les autres interventions médicales ne font pas l'objet d'une telle volonté de contrôle du processus décisionnel ou de l'imposition de telles barrières à l'accès. Selon Cohen et Joffe, cette situation peut être définie comme « l'exceptionnalisme de l'avortement » : « abortion is treated uniquely compared to other medical procedures that are comparable to abortion in complexity and safety [...] These barriers are about abortion and abortion alone, and represent the thorough politicization of this branch of reproductive health care » (2020 : 8). On observe ainsi un phénomène double : d'une part, une territorialisation du corps des femmes, qui devient lieu de contrôle politique, et d'autre part, une déterritorialisation de ces mêmes corps par la séparation effectuée entre la femme et la grossesse. Ce double phénomène simultané est particulier à l'avortement et plus largement aux femmes : on n'imagine pas une telle territorialisation du corps des hommes et il n'y a pas, à ce jour, d'équivalent de contrôle politique et juridique des corps masculins<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Afin de mettre en lumière les volontés de contrôle inhérentes aux lois anti-avortement, certaines législatrices ont déposé des projets de lois concernant la vasectomie. Sachant que les chances de réussite de telles lois étaient inexistantes, l'objectif était plutôt de dénoncer les volontés de contrôle incluses dans des lois anti-avortement. C'est notamment le cas de la représentante Rolanda Hollis en Alabama, qui a proposé, en février 2020, une loi obligeant tous les hommes de plus de 50 ans, ou ayant eu trois enfants biologiques (selon ce qui survient en premier) à se soumettre à une vasectomie, pour laquelle ils devront payer (Lynn, 2020). Précédemment, en Caroline du Sud (2015) et au Kentucky (2016), deux représentantes locales ont déposé des projets de lois visant à encadrer l'accès au Viagra. En Caroline du Sud, Mia McLeod proposait d'obliger les hommes à se soumettre à diverses étapes avant d'obtenir la médication, dont l'obtention d'un affidavit notarié de la part d'une partenaire sexuelle confirmant la dysfonction érectile et des rendez-vous obligatoires auprès de sexologues (Johnson, 2015). Au Kentucky, Mary Lou Marzian

Malgré les restrictions adoptées dans une pluralité d'États, l'avortement reste, au sens de la loi, légal, mais son accessibilité est fortement érodée. En effet, ces restrictions imposent des contraintes supplémentaires pour les femmes, autant sur les plans économique (Gomez, 2015; Fuentes *et al.*, 2016) et émotionnel qu'au niveau de la mobilité et des relations sociales (Fernandez, 2015; Notes d'entrevue avec Dr. Gina Nuñez Mchiri). Parallèlement, on assiste à une restriction de l'accès aux services de planification familiale, incluant la contraception.

Plus encore, l'avortement demeure une pratique commune. À travers les États-Unis, il est estimé qu'entre 25 et 33% des Étatsunienne décideront, à un moment dans leur vie, de mettre un terme à une grossesse par le biais d'un avortement (Greene Foster, 2020 : 15; Bommaraju *et al.*, 2016 : 62). De ces avortements, 88% se produiront durant le premier trimestre (Weitz et Yanow, 2008 : 99). En 2019, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a recensé près de 630 000 avortements dans 49 États, ce qui représente 11.4 avortements par 1000 femmes âgées entre 15 et 44 ans (Kortsmit *et al.*, 2021). De ces interruptions volontaires de grossesse, 33% ont lieu dans un des 22 États qui vont restreindre ou interdire le droit à l'avortement advenant un renversement de Roe v. Wade (Sanger-Katz *et al.*, 2021). Inversement, les États qui ont recensé la plus forte baisse du nombre d'avortements dans les dernières années sont des États progressistes, en raison d'un accès accru à la contraception (Sanger-Katz *et al.*, 2021). Les raisons citées par les patientes ne peuvent être résumées en quelques lignes. En effet, la majorité des femmes citent une combinaison de raisons – économiques, personnelles, professionnelles – justifiant leur choix d'interrompre volontairement une grossesse (Oberman, 2018; Greene Foster, 2020).

De plus, contrairement à certains stéréotypes tenaces, les patientes qui décident de mettre un terme à une grossesse ne forment pas un groupe monolithique. Toutefois, il est possible d'observer des traits communs entre les femmes qui ont un avortement. D'abord, 60% des patientes ont déjà un ou plusieurs enfants, une situation qui est citée comme raison d'obtenir un avortement, à savoir

---

proposait de limiter l'accès aux hommes mariés, qui devraient obtenir l'autorisation de leur conjointe afin de se procurer la médication (Victor, 2016).

pour être un meilleur parent pour ses enfants (Sanger-Katz et al., 2021). Ensuite, contrairement à ce que laissent croire certains discours concernant les avortements tardifs, 79% des avortements ont lieu avant la 10<sup>e</sup> semaine de grossesse, et seulement 4% sont réalisés après la 16<sup>e</sup> semaine (Sanger-Katz et al., 2021). Ces avortements plus tard dans la grossesse sont souvent liés à des complications ou à des obstacles entravant l'accès à l'avortement plus tôt, par exemple le coût de la procédure. Troisièmement, si les adolescentes ont déjà été plus nombreuses à obtenir un avortement, elles ne comptent aujourd'hui que pour 9% des avortements réalisés aux États-Unis, 57% étant obtenus par des femmes entre 20 et 29 ans (Sanger-Katz et al., 2021). Cette forte représentation des femmes dans la vingtaine s'explique notamment par un choix de reporter à plus tard la décision de devenir parent, pour des raisons professionnelles et d'accès à l'éducation. Cela se reflète dans le portrait socio-économique des patientes, 41% d'entre elles ayant complété en partie des études universitaires et 23% détenant un diplôme universitaire (Sanger-Katz et al., 2021). Toutefois, 49% des patientes obtenant un avortement vivent sous le seuil de la pauvreté (Sanger-Katz et al., 2021), une situation qui peut s'expliquer par les inégalités d'accès aux méthodes de contraception entre les femmes ayant un salaire plus élevé et celles vivant dans des situations économiques plus précaires. Finalement, en opposition à certains discours négatifs entourant l'avortement, cette procédure n'est pas utilisée comme méthode de contraception : 58% des patientes obtiennent un avortement pour la première fois (Sanger-Katz et al., 2021).

L'adoption de lois restrictives en matière d'accès à l'avortement constitue certes une violation des droits des femmes de façon globale, mais elle affecte également davantage les femmes issues des minorités ethnoculturelles (Gomez, 2015) en s'ajoutant aux autres oppressions qu'elles vivent au quotidien. En effet, tel que présenté par Rickie Solinger, « la grossesse est plus qu'un fait physique. Elle se produit dans un contexte social » (2005 : 20 [traduction libre]). Actuellement, près du deux tiers (59.4%) des avortements rapportés dans les 30 États recensant cette donnée ont été obtenus par des femmes afro-américaines (38.4%) et latino-américaines (21%) (Kortsmit et al., 2021). Si le vécu des femmes afro-américaines fait l'objet de recherche en santé reproductive (voir par exemple, Ross, 1992; Paltrow, 2002; Watts Smith, 2013; Dobbins-Harris, 2017; Prather et al., 2018), celui des femmes latino-américaines est souvent omis des analyses.

Pourtant, malgré une diminution globale du nombre d'avortements par année aux États-Unis, on note, entre 1997 et 2006, une augmentation de 23.6% du nombre d'avortements déclarés au sein de la communauté latino-américaine (Kaelber, 2012 : 3). Aujourd'hui, les Latino-Américaines comptent pour 25% des avortements réalisés aux États-Unis (Jerman et al., 2016), ce qui dépasse largement leur poids démographique, elles qui constituent 9.3% de la population étasunienne (US Census Bureau, 2020). De plus, en 2010, plus de la moitié (54%) des grossesses chez les Latino-Américaines étaient non planifiées (Bommaraju et al., 2016 : 63). Toutefois, le choix d'interrompre une grossesse varie, au sein de la communauté latino-américaine, selon le lieu de naissance des femmes : les Latino-Américaines nées hors des États-Unis sont moins promptes à mettre un terme à une grossesse que celles nées aux États-Unis (Lara et al., 2015 : 1812).

Bien que constituant le quart des patientes, les Latino-Américaines sont souvent invisibilisées dans les études qualitatives portant sur l'accès à l'avortement – et plus largement sur la santé reproductive – aux États-Unis. Cela entraîne une incompréhension des impacts spécifiques des lois – restrictives ou permissives – sur cette communauté, ainsi qu'une absence de considération à l'égard de celles-ci. Or, la perception et l'expérience de l'accès à l'avortement au sein de cette communauté s'inscrit dans un contexte législatif, culturel et politique spécifique, notamment la multiplication des lieux de contrôle de corps latino-américains en relation à l'adoption de politiques restrictives en matière d'immigration (Ochoa O'Leary, 2014; Stumpf, 2008 :1586). Cela contribue à la création d'un environnement hostile – ou perçu comme tel – pouvant affecter la propension à accéder aux services (Almeida et al., 2016), incluant l'utilisation des soins de santé reproductive, en raison des insécurités quant à de possibles formes de discrimination ou de harcèlement par des institutions gouvernementales et non gouvernementales (Martinez et al., 2015 : 964).

La superposition des réalités quant à l'accès aux soins de santé reproductive n'est pas sans conséquence. Par exemple, l'analyse des réalités migratoires en relation à l'accès aux soins permet de voir comment la perception des femmes quant à leurs droits, leur accès à l'avortement et leur place au sein de la société peut être affectée :

Anti-abortion policies within a regime of coercive immigration enforcement, social stigma, and other factors of inequality do violence to the physical, emotional, and social well-being of immigrant Latina women and reinforce their subordinated social status. (Gomez, 2015 :109-110).

Ainsi, l'accès aux soins de santé reproductive des femmes latino-américaines doit être abordé tel qu'il se manifeste, à savoir une expérience multidimensionnelle, affectée par des dynamiques directes (par exemple, les lois visant directement et explicitement l'accès des femmes et femmes migrantes aux soins de santé et aux soins de santé reproductive) et indirectes (par exemple, les discours politiques qui affectent le traitement que reçoivent ces femmes et leur perception de leur accès).

L'accès aux soins de santé – incluant la santé reproductive – varie considérablement selon les réalités identitaires (Dehlendorf et al., 2010 : 218), les femmes vivant leur santé reproductive différemment selon leurs marqueurs identitaires (âge, origine ethnoculturelle, identité de genre, statut socioéconomique, orientation sexuelle, niveau d'éducation, statut migratoire et positionnement géographique). Ces variations expérientielles ont été théorisées à l'aide du terme « reproduction stratifiée », qui réfère simultanément à l'expérience des femmes et au niveau de valorisation de la reproduction d'un groupe social (Bommaraju et al., 2016 : 63). Sur le plan ethnoculturel, l'expérience de la santé reproductive chez les Latino-Américaines est également influencée par la place de la religion et les effets du machisme et du marianismo<sup>8</sup> (Kaelber, 2012 : 7).

Or, malgré un rapprochement entre le quotidien des femmes et les lieux de pouvoir où sont adoptées les lois affectant l'accès à l'avortement, les études et publications sur l'expérience différenciée du quotidien et de l'accès sont peu nombreuses (en comparaison à celles portant sur la procédure et les lois encadrant l'accès). Plus encore, celles abordant spécifiquement les réalités latino-américaines et l'intersection entre soins de santé reproductive et migration sont quasi inexistantes, tel qu'il sera illustré plus bas. Ainsi, malgré une légalisation de l'avortement en 1973, l'accès à la

---

<sup>8</sup> Contrepartie féminine du machisme, le marianismo valorise les valeurs féminines de la pureté, la force morale et la virginité.

procédure demeure inégal. Les corps sont devenus des territoires sur lesquels le pouvoir est projeté. Ils sont sujets à différents niveaux de contrôle modulant la perception et l'expérience de la procédure par les femmes.

La présente thèse s'appuie sur trois constats. Dans un premier temps, malgré la légalisation de l'avortement en 1973, l'accessibilité de la procédure demeure variable sur le territoire étasunien. Ensuite, les études sur l'accessibilité abordent rarement les réalités des femmes latino-américaines. Finalement, les corps des femmes font constamment l'objet de contrôles de la part des États, où les identités multiples de ces femmes engendrent des variations de leurs expériences et de leurs perceptions de l'avortement.

Conséquemment, la présente thèse pose la question suivante : **Comment les variations des restrictions à l'avortement dans les États étasuniens affectent-elles la façon dont les femmes latino-américaines qui y résident perçoivent et vivent leur accès aux soins de santé reproductive, en particulier l'avortement ?** L'adoption de restrictions par un nombre grandissant d'États entraîne un retour à une réalité problématique prédatant la décision dans *Roe v. Wade* (1973), à savoir que si le droit à l'avortement est garanti sur l'ensemble du territoire, son application est fortement affectée par le positionnement des femmes à l'intérieur des frontières étasuniennes. En effet, selon l'État de résidence d'une femme, son accès à l'avortement sera plus ou moins restreint par des lois et pratiques étatiques. Or, si le positionnement géographique, et la relation entre territoire-corps-pouvoir influence directement l'accès aux soins de santé reproductive, il est nécessaire de considérer les identités de ces corps (le statut migratoire, la génération d'immigration, la langue, l'éducation, l'ethnicité et la religion) afin de comprendre la perception et l'expérience de l'accès aux soins de santé reproductive, et plus spécifiquement à l'avortement. Cette thèse postule ainsi que l'accès des Latino-Américaines à l'avortement est influencé par des variables identitaires comme le statut migratoire (citoyenne, résidente permanente, en attente de statut, migrante non documentée), la langue, l'origine ethnoculturelle, la religion, le statut socio-économique/éducation, ainsi que par une variable géographique, à savoir le positionnement sur le territoire. Plus particulièrement, l'endroit où une femme se trouve sur le territoire affecte son accessibilité à l'avortement selon deux dynamiques de pouvoir (le climat socio-politique et les lois en matière d'accès aux soins de santé reproductive) et les réalités géographiques. D'un rapport

pouvoir-territoire, on glisse vers un rapport territoire-pouvoir-corps, où le niveau de contrôle du corps racisé et genré varie.

La recherche théorique et empirique contemporaine sur l'accès à l'avortement aux États-Unis se concentre principalement sur les données quantitatives (Jones et Jerman, 2014; Sedgh *et al.* 2015), les politiques comparées (Tatalovich, 1997; Halfmann, 2011), les conséquences psychologiques sur les individus (Biggs *et al.* 2015) et le niveau d'accessibilité de la procédure (Jerman et Jones, 2014). Toutefois, force est de constater que la plupart des contributions abordant les impacts des politiques ignorent largement les différences entre les femmes (Grossman *et al.* 2014a, 2014b ; Gerds *et al.* 2016). Lorsque ces différences sont abordées, c'est essentiellement sur la base des différences socio-économiques (Jones *et al.* 2013) ou afin de mettre en lumière l'expérience différenciée des femmes blanches et afro-américaines (Solinger, 2005). L'expérience des soins de santé reproductive – incluant l'avortement – des Latino-Américaines s'en trouve ainsi invisibilisée, tel qu'illustré par la revue de la littérature présentée plus bas. Une double lacune, sur le plan empirique peut ainsi être identifiée : d'une part, une absence de données, puis, d'autre part, une absence d'analyse de l'expérience différenciée des femmes latino-américaines. Non pas uniquement conséquentes quant à l'état de la recherche scientifique, ces lacunes ont des impacts politiques concrets, entravant la mise en lumière des expériences d'un groupe et limitant les possibilités de défense de ce droit, notamment en relation avec d'autres cadres juridiques et législatifs habituellement évacués de l'analyse des entraves à l'accès à l'avortement, tel que les contrôles migratoires. Alors que les Latino-Américain.e.s constituent la première minorité ethnoculturelle, leur absence des études portant sur l'avortement affecte la représentativité des études scientifiques sur l'avortement. Or, de telles études constituent souvent la base des analyses globales de l'état de l'accès à la procédure. Conséquemment, la présente thèse propose sept contributions empiriques, théoriques et à la littérature :

1. **Contribution théorique au développement de liens entre géopolitique critique et études intersectionnelles et à l'élaboration d'un cadre analytique en géopolitique intersectionnelle.** L'intersectionnalité, définie par les femmes et théoriciennes afro-américaines, et subséquemment développée et enrichie par les femmes de toutes les minorités ethnoculturelles, permet la mise en lumière de l'intersection de multiples lieux identitaires et des réalités spécifiques qui se trouvent invisibilisées lorsqu'un seul lieu

d'oppression est pris en considération ou lorsqu'il y a hiérarchisation des lieux d'oppression. Cette approche est, dans le cadre de la présente thèse, intégrée à une approche de géopolitique féministe afin d'établir un cadre théorique permettant d'aborder les enjeux de territoire-pouvoir-genre à la lumière des autres lieux d'oppressions vécus par les femmes. Par le biais de ce cadre théorique mixte, la thèse offre un cadre analytique permettant d'aborder la pluralité des enjeux de contrôle des corps genrés et racisés. En effet, bien que notre thèse se concentre sur l'enjeu de l'accès à l'avortement, les outils du cadre théorique pourraient être appliqués à une pluralité d'enjeux où les relations pouvoir-territoire-genre-identité sont en action, tels que l'accès aux soins de santé préventifs, l'itinérance, le trafic humain et la migration (incluant les enjeux de détention). Plus encore, par le biais de l'élaboration d'un cadre théorique mixte, la présente thèse offre une approche analytique contribuant à la mise en lumière d'expériences différenciées, ce qui contribue à la connaissance empirique.

## **2. Production d'une connaissance de première main sur les réalités vécues par les femmes latino-américaines en ce qui a trait à l'accès à l'avortement aux États-Unis.**

Grâce aux entrevues réalisées lors des terrains de recherche, notre thèse vise à pallier le vide empirique et théorique concernant l'analyse intersectionnelle de la perception et de l'expérience de l'accès à l'avortement chez les femmes s'identifiant comme Latino-Américaines. En effet, dans l'état actuel des choses, les analyses considèrent trop souvent les femmes comme un groupe uniforme. Plus encore, notre thèse propose une analyse ancrée dans la relation pouvoir-territoire, permettant une contribution empirique aux études géopolitiques concernant l'application différenciée du droit à l'avortement selon le positionnement géographique d'une femme sur le territoire. Ainsi, cette thèse contribue à l'avancement des connaissances sur l'accès des Latino-Américaines aux services de santé reproductive, et plus particulièrement l'avortement, en offrant une analyse qui prend en considération les oppressions vécues par les femmes latino-américaines, dont le statut migratoire, en relation avec leur positionnement géographique. La présente thèse vise ainsi à combler un vide de la littérature, tant en études migratoires, en étude de l'accès aux soins de santé reproductive et en études féministes. De plus, nous proposons une contribution

originale en science politique, dénotant du lien entre pouvoir-territoire-corps, qui n'est pas exploré dans les études ancrées en sciences infirmières, en droit ou en psychologie.

3. **Développement de la connaissance sur les relations entre positionnement géographique et accès aux soins de santé.** Grâce à des entrevues prenant en considération les différences liées aux milieux de vie, notre thèse s'inscrit dans un champ de la littérature en développement. En effet, elle vise une contribution empirique sur l'accès aux soins de santé selon le positionnement au sein d'un même État et les difficultés distinctes selon les types de milieux géographiques.
4. **Développement d'une base de données sur le rapport des femmes latino-américaines à la santé reproductive aux États-Unis.** En raison des dynamiques idéologiques et du niveau d'accessibilité quant à l'étude de l'accès à l'avortement dans les milieux plus conservateurs, la présente thèse s'appuie sur un questionnaire qui ne se limite pas aux enjeux d'avortement, mais qui aborde la santé reproductive dans sa globalité. En ce sens, bien que la thèse présente une analyse de l'accès à l'avortement, les données recueillies contribueront plus largement à la compréhension de l'expérience des femmes latino-américaines relative aux services de santé reproductive dans leur globalité (contraception, stérilisation forcée, coercition sexuelle, parentalité...).
5. **Identités et accès aux soins de santé.** La présente thèse aborde plusieurs aspects liés aux identités multiples des participantes (religion, positionnement géographique, statut socio-économique, niveau d'éducation, âge, origine ethnoculturelle, religion, statut migratoire...) en relation avec l'accès aux soins de santé. Ce faisant, nos entretiens et l'analyse des données empiriques récoltées permettent de confirmer certaines intuitions présentes dans la littérature scientifique quant à la relation entre ces identités et l'accès aux soins de santé. Plus encore, grâce à l'adoption d'une approche en géopolitique intersectionnelle, ces différentes identités sont mises en relation entre elles et avec la question territoire-pouvoir, proposant ainsi une approche novatrice permettant la mise en lumière de subtilités et de nuances du comportement politique et de la perception de l'avortement que les approches classiques ne peuvent mesurer.

6. **Contribution empirique aux études frontalières.** La présente thèse propose une étude de l'accès aux soins de santé reproductive dans un contexte frontalier par le biais d'une comparaison de la frontière nord et de la frontière sud des États-Unis. En ce sens, il s'agit d'une contribution originale à la connaissance sur les stratégies d'accès aux soins dans des contextes frontaliers. En effet, dans certaines études sociales des frontières, la frontière est présentée comme une ressource pour l'accès aux soins (Moya et al., 2020 ; Bissonnette, 2020b). Ainsi, grâce à une analyse de quatre États frontaliers, la présente thèse contribue à la compréhension des espaces transfrontaliers en relation aux soins de santé, permettant une meilleure compréhension des pratiques (trans)frontalières des femmes en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé reproductive.
  
7. **Politiques publiques en santé reproductive et représentation politique pour la protection des droits.** Finalement, la présente thèse vise une analyse de l'impact des politiques publiques en matière d'accès aux soins de santé reproductive sur les expériences d'accessibilité des femmes latino-américaines. En ce sens, la thèse contribuera à une meilleure compréhension des impacts concrets des politiques dans le quotidien des femmes latino-américaines, ainsi qu'à une meilleure compréhension de l'expérience des femmes selon leur statut migratoire, permettant d'outiller les législateur.ice.s et décideur.e.s publiques face aux réalités d'un groupe souvent invisibilisé dans les études existantes. La thèse propose une contribution empirique pouvant être utilisée pour la mise en œuvre de politiques prenant ces réalités en considération, ainsi que par les groupes de défense des droits des personnes migrantes et de défense des droits des femmes afin de présenter des données récentes et concrètes quant à l'impact des politiques dans le quotidien.

Divisée en cinq chapitres, la présente thèse offre d'abord (Chapitre 1) un survol de la littérature sur l'accès à l'avortement, soulignant les contributions scientifiques et les lacunes qui demeurent, ainsi que l'approche théorique mobilisée afin d'analyser les résultats de la recherche, soit la géopolitique intersectionnelle. Ensuite, dans le Chapitre 2, nous présentons la méthodologie de la recherche et ses contributions, ainsi que le cadre conceptuel. Les chapitres subséquents présentent l'analyse

empirique, s'appuyant sur les résultats d'une recherche terrain auprès de femmes latino-américaines. Dans le Chapitre 3, nous développons notre argument géographique, partant du postulat dominant que l'État de résidence est le déterminant central à l'accès ou non à l'avortement. Nous offrons ainsi une analyse multiscalaire permettant d'affiner cet argument, en abordant des échelles plus grandes. Le Chapitre 4 tourne notre regard vers les réalités ethnoculturelles et migratoires associées à l'accès à l'avortement, postulant que ces deux éléments influencent l'expérience et la perception de l'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines. Finalement, le Chapitre 5 aborde les enjeux linguistiques, d'éducation et des dynamiques politiques à l'œuvre, démontrant en quoi l'accès à l'information et la capacité à comprendre celui-ci sont intimement liés à l'avortement. En abordant les politiques en place, ce dernier chapitre nous ramène à l'argument sur la territorialisation/déterritorialisation de l'avortement. Nous y soulignons, grâce à l'approche de géopolitique intersectionnelle, comment les différents aspects abordés dans cette thèse enrichissent la conceptualisation des corps en relation avec le territoire et le pouvoir, et modulent la perception et l'expérience de l'avortement chez les participantes. En conclusion, nous abordons les conséquences de la décision Dobbs, rendue le 24 juin 2022, tant à l'échelle du pays, que dans les États étudiés, pour l'ensemble des femmes et spécifiquement pour les femmes latino-américaines, et formulons des recommandations afin d'améliorer l'accès à l'avortement pour ces dernières, et ce, malgré le renversement de Roe v. Wade.

## CHAPITRE 1

### UN DROIT POUR QUI ? LA GÉOPOLITIQUE INTERSECTIONNELLE POUR ÉTUDIER L'ACCÈS DES FEMMES LATINO-AMÉRICAINES AUX SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE AUX ÉTATS-UNIS

En 1973, la Cour suprême des États-Unis légalise, par sa décision dans *Roe v. Wade*, l'accès à l'avortement sur l'ensemble du territoire des États-Unis, statuant que les États, dont le Texas en cause dans cette décision, ne peuvent « outrepasser les droits de la femme enceinte qui sont en jeu » (traduction libre). Or, dans cette même décision, la Cour reconnaît la présence de divisions profondes, tant au niveau sociétal que parmi les professionnel.le.s du champ médical, quant à la question du droit à l'avortement. Ces divisions se sont, depuis, exacerbées, influençant l'adoption par les États de lois qui affectent l'applicabilité du droit à l'avortement, entraînant un retour à une situation pré-Roe où le droit à l'avortement est à géographie variable. L'endroit où une femme se trouve sur le territoire des États-Unis, ainsi que son statut socio-économique, son appartenance culturelle, sa mobilité et son statut migratoire sont autant d'éléments pouvant faciliter ou entraver son accessibilité – et sa perception d'accessibilité – aux soins de santé reproductive, incluant l'avortement.

La présente section aborde, dans un premier temps, l'évolution du droit à l'avortement aux États-Unis et son application actuelle à travers le pays. Cette évolution permet de mettre en lumière les inégalités persistantes du droit à l'avortement, malgré une volonté d'aplanissement de celles-ci en 1973. Ainsi, les États conservateurs tendent à restreindre le droit à l'avortement, alors que les États progressistes adoptent des lois visant à le protéger et l'étendre. Dans un second temps, le cadre théorique de la thèse, la géopolitique intersectionnelle, sera présenté. Cette approche, ancrée dans une analyse de la relation territoire-corps-pouvoir, permet une analyse des perceptions et expériences d'accès tant en relation à la positionnalité des corps qu'à leurs identités.

## 1.1 Revue de la littérature : Politiques et expériences du droit à l'avortement aux États-Unis

L'enjeu de l'accès à l'avortement aux États-Unis est depuis longtemps un sujet de recherches, d'études et d'analyses – d'autant plus depuis la légalisation de l'avortement à l'échelle nationale en 1973. Afin de situer le présent sujet de thèse au sein de la littérature existante, il importe de présenter une revue de la littérature faisant à la fois un survol des recherches existantes et présentant l'historique de la pratique en territoire étasunien. Dans un second temps, il s'agira d'aborder les conséquences de ces politiques différenciées sur les femmes avant de conclure avec une revue de la littérature spécifique aux vécus des femmes latino-américaines, tant en lien avec l'accès aux soins de santé reproductive qu'en ancrant cet enjeu dans la littérature plus large de l'accès aux soins de santé pour les populations immigrantes et racisées aux États-Unis.

### 1.1.1 La légalisation et l'encadrement de l'avortement : Entre législatif, juridique et système fédéré

Aux États-Unis, le droit à l'avortement découle non pas d'une loi, comme au Canada (Tatalovich, 1997), mais plutôt d'une décision de la Cour Suprême. En ce sens, le Congrès ne peut révoquer ou réinstaurer le droit à l'avortement au gré de sa composition partisane et idéologique. Or, en adéquation avec le langage de *Roe v. Wade*, et des décisions subséquentes de la Cour, les États et le gouvernement fédéral peuvent adopter des lois protégeant ou restreignant ce droit, dans le respect des décisions rendues par la Cour suprême. Plusieurs recherches se penchent sur l'étude du processus de légalisation de l'avortement et des jugements post-légalisation qui affectent l'articulation et l'application de ce droit, notamment en précisant certains aspects du jugement de 1973.

Avant l'adoption, en 1821, d'une loi rendant illégale la pratique au Connecticut, l'avortement n'était pas encadré aux États-Unis. Cette décision a toutefois eu un effet d'entraînement sur l'ensemble du territoire, si bien qu'au tournant du 20<sup>e</sup> siècle, l'avortement était illégal dans plus de la moitié des États (Tatalovich, 1997 : 27-8). Cette restriction de la pratique découle d'une part d'une volonté de contrôle des corps et de la santé reproductive pour un maintien des rôles de genre traditionnels (Schoen, 2015 : 14) et d'autre part, d'une volonté de monopole de la pratique des

soins reproductifs par les médecins, alors des hommes, face à une augmentation de la pratique des sages-femmes, alors majoritairement des femmes afro-américaines (Goodwin, 2020 : 50). Bien qu'illégal, la pratique de l'avortement n'a pas cessé, les femmes se tournant vers un réseau clandestin, créé afin de répondre à une demande réelle souvent discutée en privé (Reagan, 1997 : 22) : dans les années 1950, entre 200 000 et 1.2 millions d'avortements illégaux étaient pratiqués chaque année au pays (Schoen, 2015 : 3). Or, la clandestinité était porteuse d'une pluralité de risques associés à l'impossibilité de s'assurer des compétences ou de la bonne volonté de la personne pratiquant l'avortement ainsi qu'aux conditions dans lesquelles se pratiquait la procédure (Schoen, 2015). Il est estimé qu'entre 1 000 et 8 000 femmes décédaient chaque année de complications – et que de ce nombre, 80% étaient des femmes racisées (Schoen, 2015 : 4). De plus, le secret entourant la pratique limitait le partage d'information et l'accès à la procédure. Les femmes vivant dans des zones urbaines et progressistes avaient plus de chances de trouver l'information nécessaire, entraînant une disparité géographique qui s'ajoutait aux disparités économiques et raciales dans l'accès à l'avortement clandestin.

La médiatisation des conditions des avortements clandestins et des raisons entourant la décision d'interrompre une grossesse a mené à une certaine libéralisation de la pratique, les États adoptant graduellement des lois légalisant l'avortement lorsque la santé de la mère ou la viabilité du fœtus est en danger. En 1966, sous l'impulsion du Mississippi, certains États ont étendu ces exceptions aux femmes victimes d'agression sexuelle ou d'inceste, sur la base d'un discours sur l'avortement thérapeutique – en opposition à l'avortement « choisi » (Tatalovich, 1997). Subséquemment, l'Alaska, Hawaï, New York et Washington sont devenus les premiers États à autoriser, au début des années 1970, l'avortement pour des raisons non thérapeutiques (Tatalovich, 1997 : 28)<sup>9</sup>. Parallèlement, le débat s'est déplacé, concluent Mooney et Lee (1995), d'une question médicale – où l'opinion de l'establishment médical avait un poids considérable – à une question morale – où l'aspect éthique prenait plus de place que l'expertise médicale.

---

<sup>9</sup> Les États où il y avait une forte « demande » pour des avortements légaux, où les femmes formaient une part importante de la population active, où le corps médical avait une forte influence, et qui étaient situés à proximité d'États adoptant des politiques libérales étaient plus à même d'adopter des lois visant à élargir le droit à l'avortement. À l'opposé, des États à forte population catholique ou protestante fondamentaliste et où la compétition entre les partis était grande, étaient plus à même d'adopter des lois restrictives.

Propulsée par ce mouvement d'ouverture et une tendance à la reconnaissance de la sexualité et du contrôle des corps comme des enjeux relevant de la vie privée, la décision dans *Roe v. Wade* s'inscrit dans un ensemble de trois décisions de la Cour suprême sur les enjeux de santé reproductive. D'abord, en 1965, la Cour conclut, dans *Griswold v Connecticut*, que l'accès à la contraception pour les femmes mariées découle du droit à la vie privée. En 1972, *Eisenstadt v Baird* étend cette reconnaissance aux femmes non mariées, puis, en 1973, la Cour suprême mobilise à nouveau le droit à la vie privée afin de trancher en faveur du droit à l'avortement. Jugeant que la grossesse se divise en trois trimestres, la Cour octroie aux États une possibilité d'encadrement variable. Durant le premier trimestre (de la conception à la treizième semaine), le droit à l'avortement est protégé et les États ne peuvent interférer dans la relation privée entre médecin et patiente. Durant le second trimestre (14<sup>e</sup> à 24<sup>e</sup> semaine), les États peuvent adopter des lois « raisonnables » visant à encadrer la pratique dans l'optique de protéger la santé des femmes. Finalement, lors du dernier trimestre (24<sup>e</sup> à 40<sup>e</sup> semaine), la Cour présente que le fœtus a une « capacité de vie significative en dehors du ventre de la mère ». Ce faisant, les États peuvent, sur la base de leur intérêt à protéger le fœtus, adopter toute loi, incluant l'interdiction totale, permettant d'assurer cet intérêt.

Toutefois, la légalisation n'a pas entraîné un accès immédiat et complet pour toutes. Pour certaines entreprises, il s'agissait d'une opportunité d'affaires, entraînant l'ouverture de cliniques où l'offre était déficiente, voire dangereuse, contribuant à la représentation des cliniques comme étant « profiteuses » (Schoen, 2015 : 42). De plus, la disparité géographique perdura, notamment entre les milieux ruraux et urbains, en raison du faible nombre de médecins offrant le service et le ressac envers les cliniques, à la fois de la part d'individus et d'entités gouvernementales qui ralentissaient le processus d'octroi de permis d'opération, par exemple (Schoen, 2015).

Le droit à l'avortement découlant d'une décision juridique, le pouvoir législatif ne peut invalider la décision aisément. Pour inverser *Roe v. Wade*, il faudrait que les deux tiers des élu.e.s au Congrès adoptent une résolution d'amendement constitutionnel qui serait ensuite entérinée par les trois quarts des États. Toutefois, les décisions subséquentes de la Cour suprême dans *Webster v. Reproductive Health Services* (1989) et *Planned Parenthood of Southern Pennsylvania v. Casey*

(1992)<sup>10</sup>, découlant de contestations judiciaires en réaction à l'adoption de lois restrictives dans les États, ont accordé plus de latitude à ces derniers quant à la possibilité d'encadrer la pratique de l'avortement. D'abord, dans *Webster* (1989), la Cour suprême confirme qu'un État n'a pas l'obligation de fournir des ressources facilitant l'accès à la procédure et peut imposer des restrictions à l'utilisation de ressources publiques – humaines ou immobilières. Cette décision constitue un tournant pavant la voie à la décision dans *Casey* (1992), qui abolit la division en trimestres établie par *Roe* et la remplace par un test du fardeau indu. Ainsi, toute loi n'interdisant pas la procédure et n'imposant pas un fardeau indu aux patientes directement affectées (et non à la population générale) par l'application de la loi et toute loi interdisant l'accès après le point de viabilité peuvent désormais être jugées constitutionnelles (Althouse, 2013 : 176-177). En 2016, le concept de fardeau indu est précisé dans *Whole Woman's Health v. Hellerstedt*. S'inscrivant dans la contestation d'une loi texane imposant des normes très strictes aux cliniques – entraînant la fermeture de plus de la moitié des cliniques de l'État (Yang et Kozhimannil, 2017 : 4), la décision établit un test de conformité afin de déterminer l'existence d'un tel fardeau. Toutefois, la décision n'implique que la loi texane et les lois subséquentes, n'invalidant pas les autres lois similaires préalablement adoptées, sauf si elles sont à leur tour contestées

### 1.1.2 Les États et le droit à l'avortement : Entre restrictionnisme et couverture élargie

Loin de constituer un enjeu n'appartenant qu'aux luttes féministes des années 1970, l'accès à l'avortement demeure saillant en politique étasunienne et, dans plusieurs juridictions, ce droit demeure tabou. Au niveau international, la légalisation de l'avortement dans un État profite certes à ses citoyennes, mais peut également avoir des impacts dans les États voisins, les femmes ayant un niveau de mobilité élevé pouvant se prévaloir de cette possibilité en franchissant les frontières physiques – et donc légales – de leur pays. Ce phénomène, qui tombe sous le parapluie du tourisme

---

<sup>10</sup> La Cour suprême a également validé différents types de loi mises en place par les États à travers les années. En 1976, dans *Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth*, la Cour juge constitutionnel la nécessité d'obtention du consentement parental pour les mineures. L'année suivante, dans *Maher v. Roe*, la Cour statue que les États peuvent restreindre l'utilisation des fonds et lieux publics pour l'accès à la procédure, avant de reconnaître la constitutionnalité de l'amendement Hyde dans *Harris v. McRae* en 1980. En 1990, la Cour suprême réaffirme la possibilité d'adopter des lois encadrant l'implication parentale dans l'accès à l'avortement pour les mineures (*Hodgson v. Minnesota*, 1990 ; *Ohio v. Akron Center for Reproductive Health*, 1990).

médical (Connell, 2006; Hall, 2011; Horsfall et al., 2013) et est parfois surnommé « abortion tourism », fait l'objet de nombreuses études portant sur des contextes nationaux et frontaliers spécifiques, notamment de l'Irlande et l'Irlande du Nord vers l'Angleterre et d'autres pays européens (voir par exemple Luibheid, 2006; Bloomer et O'Dowd, 2014; Bloomer et Campbell, 2022a, 2022b; Gilmartin et White, 2011; Sterling 1997; Murray et Khan, 2020), l'Espagne comme destination de soins (de Lora, 2016; Medical Post, 1997), la Pologne suite aux restrictions des droits reproductifs (Hirvonen, 2017) et l'espace européen comme zone de déplacements transfrontaliers (Pennings, 2004; Shenfield et al., 2010). Plus récemment, le terme a également été utilisé afin d'aborder le phénomène des déplacements internes lorsqu'une province légalise l'avortement, mais que la procédure demeure criminalisée ailleurs au pays, par exemple au Mexique (Senderowicz et al., 2016).

Quelques études se penchent également sur ce phénomène aux frontières des États-Unis, sous deux angles. D'une part, certaines études historiques se penchent sur les déplacements de Canadiennes vers les États-Unis lorsque les politiques y étaient plus laxistes qu'au Canada. Dans un article portant sur le déplacement comme obstacle extra-légal à l'accès à l'avortement, Sethna et al. (2013) proposent une analyse des déplacements de Canadiennes vers la Grande-Bretagne et les États-Unis avant la légalisation de la procédure au Canada. Les auteurs soutiennent notamment que la proximité géographique des États-Unis, ainsi que la diffusion des connaissances quant aux avortements clandestins (1969-1973) puis légaux (dans certains États, puis partout après 1973) ont influencé les déplacements des Canadiennes qui profitaient de l'absence d'exigence de résidence dans les politiques des États (Sethna et al. 2013 : 34). Pour la période combinée des années 1970 et 1971, 4437 Canadiennes ont obtenu des avortements recensés aux États-Unis, alors qu'en 1972 ce chiffre augmente à 5000 patientes canadiennes (Sethna et al. 2013 : 34). Dans une analyse précédente, Sethna et Doull soulignent que suite à la légalisation de la procédure aux États-Unis, le nombre de Canadiennes obtenant un avortement au sud de la frontière plus que doubla, atteignant 11 194 patientes en 1974 (2012 : 464). D'autre part, des recherches abordent les déplacements de résidentes des États-Unis à l'extérieur du pays pour obtenir un avortement. L'historienne Leslie J. Reagan propose notamment un retour sur l'établissement d'un réseau clandestin transfrontalier en Californie dans les années 1960. Ce faisant, Reagan souligne que les déplacements vers le Mexique

étaient fréquents, avec certains espaces comme Tijuana étant plus connus, mais pas nécessairement pour les bonnes raisons :

The abortion business apparently grew in Mexico during the 1940s and 1950s when police and prosecutors in the United States cracked down and closed established abortion clinics across the country.<sup>34</sup> American authorities even reached across the border to impose their laws. In the early 1950s, the San Diego district attorney identified abortionists in Mexico and pressed his Mexican counterparts to arrest them. San Diego police also restricted access to abortion by refusing to allow young women (under eighteen years) to cross the border without parental permission. Although Americans had long gone to Mexico for abortions, Tijuana symbolized danger. As one woman who wrote *ARAL* in 1967 declared, "I am not willing to submit myself to the dangers of the renown 'abortion mills' of Tijuana." She asked instead for a "licensed physician" (2000 :330)

Cette analyse est également partagée par Alicia Gutierrez-Romine, dont les travaux se penchent sur la criminalisation de l'avortement en Californie entre 1920 et 1969. Ses recherches notent que malgré la criminalisation de l'avortement au Mexique, la demande par les résidentes des États-Unis a contribué à la création d'un marché clandestin à Tijuana et Ensenada, où la procédure était moins dispendieuse (2020 : 166). La décision rendue par la Cour suprême de Californie dans l'affaire *People of the State of California v. Buffum* en 1953 a, selon Gutierrez-Romine, contribué au développement et à la connaissance de ce réseau. Cette cause jette la lumière sur l'organisation de ces réseaux transfrontaliers, et conclut que l'acte ayant été commis hors des frontières de l'État ouvre la voie à un maintien de ces réseaux souterrains d'accès à l'avortement. Ces recherches sur la Californie s'inscrivent dans des analyses plus globales des mouvements d'États-Uniennes vers d'autres pays afin d'obtenir des avortements avant la légalisation aux États-Unis, mais la proximité de la frontière internationale pour les résidentes de Californie constitue un attrait considérable : « Southern California's proximity to Mexico meant that a woman could obtain an abortion across the border during a day trip. Foreign abortions were no longer a hassle or major inconvenience; rather they were relatively simple considering how easy it was for Californians to travel to Mexican border towns » (Gutierrez-Romine, 2020 : 170). Ces études sur les frontières des États-Unis et les déplacements des États-Uniennes portent plus spécifiquement sur les mouvements pré-1973. Une étude plus récente, menée par Veronica Angulo et Sylvia Guendelman, offre une analyse comparative des données de 1996 dans la région San Diego-Tijuana afin de brosser un portrait des patientes résidant à Tijuana et obtenant un avortement à San Diego, qui représentaient

alors 20% des patientes de la principale clinique à San Diego (2002 : 651). Cette étude offre une comparaison des patientes selon leur pays de résidence, leur état de santé, leur statut socio-économique et démographique, et ce faisant permet d'identifier des obstacles à l'accès. En plus du poids économique lié à l'obtention d'un avortement transfrontalier, les autrices identifient les barrières linguistiques et la distance géographique comme limitations à l'accès (Angulo et Guendelman, 2002 :651). Toutefois, ce type études sur les mouvements plus récents pourraient augmenter dans les prochaines années en raison des restrictions accrues à l'accès aux États-Unis couplées à une décriminalisation de la procédure au Mexique, ainsi qu'avec l'augmentation de la diffusion de la connaissance concernant l'accès à l'avortement par médication au Sud de la frontière des États-Unis (voir par exemple, Simon, 2022; Matsuura, 2022).

Bien que constituant un phénomène pertinent et dont l'étude est nécessaire, les études du tourisme médical pour accéder à l'avortement et la présentation de ce phénomène comme solution aux restrictions d'accès dans un espace national où l'avortement n'est pas entièrement criminalisé – comme les États-Unis – peuvent invisibiliser les obstacles au déplacement et à l'accès aux cliniques à l'intérieur du pays, tel que souligné par Christabelle Sethna (2012). De plus, le tourisme médical pour obtenir un avortement ne constitue pas une solution infaillible aux lois nationales puisque les inégalités d'accès ne sont qu'accentuées par les coûts élevés associés à un déplacement international, ainsi que la nécessité de détenir un passeport.

Dans le contexte étasunien, le décalage géographique habituellement observable entre deux pays se transpose à l'intérieur des frontières nationales. Si la légalisation en 1973 devait assurer un accès au choix à toutes les femmes peu importe leur État de résidence, la possibilité pour les États de légiférer sur l'application du droit sur leur territoire a créé une nouvelle situation d'inégalité géographique : le paysage politique d'un État affecte l'encadrement de l'avortement et le spectre de l'accessibilité de celui-ci.

Depuis la légalisation de la procédure, et plus activement depuis 1989, les États conservateurs ont adopté une pluralité de lois visant à restreindre l'accès. Ces lois se déclinent en deux types : (1) les lois visant les femmes (imposition d'un rendez-vous préliminaire de consultation; période d'attente de 6 à 72h entre la consultation et la procédure; interdiction de l'avortement après la 20<sup>e</sup> semaine; ultrason avec description du fœtus et écoute des battements de cœur obligatoire (voir Annexes 1 et

2); et (2) les lois visant les cliniques (respect des normes de centres chirurgicaux ambulatoires; privilège d'admission dans un hôpital; rapports annuels). Les lois visant les femmes ont pour objectif une remise en cause du choix, alors que celles visant les cliniques alourdissent la charge bureaucratique afin de les pousser à cesser leur offre de service. Durant les années 1990 et 2000, le premier type de loi (visant les femmes) prédominait, les législateurs voulant insister sur les risques – réels, perçus ou inventés – de la procédure, mais à partir de 2010, le second type de loi s'ajoute au premier, l'objectif étant de diminuer le nombre de lieux offrant l'avortement par le biais de mesures forçant les cliniques à interrompre leur offre de service (Ziegler, 2020).

Malgré la décision dans *Whole Woman's Health* (2016), les effets négatifs des lois restrictives sont encore importants. Bien que le test du fardeau indu permette de limiter ces effets, celui-ci ne prend pas systématiquement en considération le cadre législatif existant afin de déterminer si une loi crée un fardeau indu (Young, 2014; Althouse, 2013; Breslin, 2014). Ainsi, une loi peut être jugée constitutionnelle sur la base d'une analyse isolée, mais créer des fardeaux indus lorsqu'appliquée en superposition aux lois existantes (Young 2014; Breslin, 2014).

La polarisation de l'enjeu et la politisation des tribunaux entraînent certaines craintes quant à un possible renversement de *Roe v. Wade* et soulèvent des questions concernant l'état de l'accès si un tel événement devait survenir. En ce sens, Linton (2012) offre une analyse des codes criminels et décisions juridiques dans les 50 États. Au niveau national, en 2012, les deux tiers des États ont aboli ou modifié les lois pré-1973 afin de se conformer à la légalisation. Or, depuis, certains ont adopté des « trigger laws », ces lois qui, advenant un renversement du droit, rendraient immédiatement illégale la pratique dans l'État. Ainsi, si *Roe v. Wade* est renversé l'accès à l'avortement ne serait donc pas illégal sur l'ensemble du territoire, mais s'en trouverait grandement restreint.

## ***L'avortement médical et l'avortement maison : entre démedicalisation de la pratique et nouvelle bataille législative***

Historiquement, la littérature sur l'accès à l'avortement se préoccupe principalement de l'avortement chirurgical. Or, les études portant sur l'avortement médical montrent que cette pratique est en hausse : entre 2001 et 2014, le nombre d'avortements médicaux a bondi de 6% (Cartwright et al., 2018 : e195) à 31% (Biggs et al., 2019 : 118). L'avortement médical, autorisé en 2000 par la Food and Drug Administration, est l'utilisation combinée du Misoprostol et du Mifepristone afin de provoquer un avortement (Hooper, 2014 : 1495). L'utilisation du Misoprostol pour provoquer un avortement a été relevée pour la première fois au Brésil dans les années 1980, puis s'est transmise par bouche-à-oreille (Coeytaux, 2015 : 609) avant d'être étudiée par le monde médical. L'approbation de cette pratique, dont la version clandestine demeure plus connue chez les Latino-Américaines (Grossman et al., 2015 : 2), constitue une avancée importante pour les femmes, notamment celles habitant des comtés où l'accès à l'avortement est difficile (dont la proportion s'élevait à 90% en 2014 selon Cartwright et al., 2018 : e187).

L'accumulation de restrictions à l'avortement, chirurgical comme médical, pousse certaines à se tourner vers d'autres voies afin d'interrompre une grossesse, notamment l'avortement-maison. Des études quantitatives démontrent que la pratique demeure marginale, mais que certaines communautés, dont les femmes latino-américaines, ont plus de connaissances sur ces méthodes alternatives (Grossman et al., 2015). Cela pourrait s'expliquer par une meilleure connaissance des méthodes d'avortement-maison en raison de la criminalisation de la pratique en Amérique latine ainsi que, pour les femmes vivant le long de la frontière méridionale, une accessibilité au Misoprostol qui est en vente libre au Mexique (Grossman et al., 2014 : 73-74). L'augmentation de cette pratique soulève des questions quant à la sécurité et la santé des femmes, mais une étude de 18 produits accessibles en ligne démontre que les médicaments reçus contenaient les bonnes doses de médication – pour la moitié du coût d'un avortement médical en clinique (Murtagh et al., 2018). La majorité des femmes optant pour un avortement-maison ont recours à cette option pour éviter d'aller en clinique ou pour contourner les barrières à l'accès (âge de la patiente, relation familiale, coût, statut migratoire, langue et distance de la clinique) (Grossman et al., 2010 : 141-142). La démedicalisation de la pratique et la perception de l'avortement médical comme étant plus naturel sont également citées (Lindgren, 2017 : 366; Teal et al., 2009 : 479; Grossman et al., 2010 : 142).

En effet, certaines femmes perçoivent l'avortement-maison comme s'approchant davantage des menstruations, en opposition à l'avortement chirurgical, qui est plus invasif, impliquant un cadre médical et une intervention externe au corps. La pratique de l'avortement-maison n'est toutefois pas sans risque : au-delà des possibles complications médicales, plusieurs États criminalisent la pratique (Rowan, 2015; Bakic Hayden, 2011), ce qui constitue un obstacle réel à l'autonomie corporelle (Diaz Tello et al., 2018 : 6). Pour Berer et Hoggart, la criminalisation de l'avortement-maison pousse les femmes à agir clandestinement et sans soutien adéquat (2018 : 79).

Les avortements médicaux ou maison permettent de protéger le droit des femmes et leur corporalité, que ce soit face à un conjoint violent (possibilité de ne pas divulguer l'avortement), aux manifestant.e.s anti-choix devant les cliniques ou, dans le cas des femmes non documentées, d'un risque d'être interpellées lors du déplacement (Lindgren, 2017 : 344). Toutefois, l'accessibilité de l'avortement médical ou maison n'est pas garantie à toutes : les contraintes socioéconomiques, linguistiques et sociales demeurent. Celles qui ont accès aux ressources, au savoir et qui sont entourées d'une communauté de soutien sont plus à même d'avoir accès à des ressources sécuritaires et efficaces (Aiken, 2018 : 286).

\*\*\*

Malgré la légalisation de l'avortement en 1973, la possibilité pour les États de légiférer sur la question de l'accessibilité de la procédure entraîne un paysage juridique similaire aux réalités pré-légalisation, à savoir que l'accès à l'avortement est intimement lié au positionnement géographique de la femme. L'approbation de l'avortement médical en 2000 a permis de contourner certaines limitations et l'inaccessibilité physique, mais l'augmentation des lois entourant cette pratique a de nouveau rendu l'accès à la procédure ardu.

### 1.1.3 Les impacts des lois encadrant l'accès à l'avortement aux États-Unis : Accès économique, physique et légal

L'accumulation de l'activisme étatique en matière d'avortement entraîne d'importantes disparités géographiques dans l'application du droit, ce qui est source d'impacts concrets pour les femmes

désirant interrompre une grossesse. La littérature scientifique aborde ces impacts, principalement en lien avec l'accessibilité (économique, physique et légale) de la procédure et les impacts des restrictions sur cet accès.

### **« Money matters » : Avortement, statut socio-économique et politiques restrictives**

L'impact le plus étudié demeure l'aspect économique (Averitt Taylor, 2014; Althouse, 2013; Jerman et Jones, 2014). L'imposition de restrictions pérennise une situation de distorsions de classes quant à l'accessibilité au service. Avant la légalisation, les femmes aisées pouvaient trouver un service de meilleure qualité, par le biais d'hôpitaux privés ou en se déplaçant dans un État où la procédure était légale, alors que les femmes moins aisées n'avaient pas cette option (Tatalovich, 1997). Dans un contexte post-légalisation, les obstacles économiques demeurent, notamment en raison de politiques comme l'amendement Hyde<sup>11</sup> ou les lois étatiques interdisant la couverture de la procédure par les assurances privées. Face à ces restrictions, les mouvements pro-choix ont développé des fonds privés (« abortion fund ») – certains à l'échelle nationale, d'autres limités à une région géographique – qui offrent une aide partielle aux femmes désirant se prévaloir de leur droit. De plus, 17 États utilisent leurs propres fonds afin d'assurer une couverture de l'avortement sous Medicaid (Jones et al., 2013 : e173).

Par ailleurs, les lois restrictives imposant un ultrason ou une période de réflexion créent des fardeaux économiques supplémentaires pour les femmes qui doivent s'absenter du travail et se déplacer à la clinique à deux reprises (Althouse, 2013). Aux frais de la procédure s'ajoutent d'autres coûts que les patientes doivent assumer, tel le déplacement, ce qui ajoute un stress financier aux femmes se trouvant déjà dans une situation économique précaire (Bakic Hayden, 2011). Le statut socioéconomique influence la possibilité d'accéder à l'avortement : une femme

---

<sup>11</sup> L'amendement Hyde, adopté en 1976, interdit l'octroi de fonds fédéraux pour le financement de l'avortement, sauf dans les cas de viol, d'inceste ou lorsque la vie de la mère serait en danger. Conséquemment, les femmes recevant une couverture d'assurances-santé sous Medicaid ne peuvent obtenir une couverture pour un avortement. Cette décision, tel que le souligne Madeline Gomez, affecte davantage les femmes de couleur, pauvres, jeunes et/ou habitant dans un milieu rural (2015 : 112). Cet amendement a deux assises idéologiques : d'abord, le rejet du droit à l'avortement et ensuite la « notion illogique et injuste que l'État est obligé de soutenir certains droits, mais pas de fournir les moyens matériels de les mettre en application » (Petchesky, 1984 : 300 [traduction libre]).

aisée aura davantage les moyens financiers de faire face à la multiplication des restrictions et à l'augmentation des coûts, ou de se déplacer dans un autre État, alors qu'une femme pauvre n'a pas les mêmes ressources et donc pas les mêmes options (Averitt Taylor, 2014). Ces disparités sont d'autant plus problématiques que les femmes moins aisées sont plus à risque de vivre une grossesse non planifiée (Averitt Taylor, 2014 : 133) et de poursuivre cette grossesse – ce qui peut être attribué aux différences socioculturelles ou à l'absence de fonds nécessaires pour obtenir un avortement (Dehlendorf, 2010 : 218). La présence de barrières structurelles limitant l'accès à la contraception et à l'avortement contribue à la perpétuation d'un cercle de la pauvreté (Averitt Taylor, 2014 : 136).

### ***« Clinique d'avortement près de moi » : Les enjeux de distance et de mobilité***

Au-delà de l'enjeu financier, la littérature aborde de plus en plus la question de la mobilité, de l'accessibilité physique aux cliniques et des enjeux de spatialité, enjeux précédemment absents des études de l'accès inégal à l'avortement (Statz et Pruitt, 2018 : 1112). Les restrictions précédemment évoquées entraînent une fermeture de cliniques et une impossibilité d'en ouvrir de nouvelles, limitant l'accessibilité physique à la procédure. Conséquemment, 27 villes situées dans 15 États, majoritairement du Sud et du Midwest, sont qualifiées de « abortion desert », soit un lieu à partir duquel les femmes doivent parcourir plus de 160 kilomètres pour accéder à la clinique la plus proche (Cartwright et al., 2018 : e193). La distance entre une femme et la clinique la plus proche a une incidence directe sur l'accessibilité du service : une distance plus grande augmente les risques d'un délai dans l'obtention du service en raison des impératifs logistiques supplémentaires (Cartwright et al., 2018 : e187). Or, cet enjeu de spatialité est souvent omis dans les décisions judiciaires (Statz et Pruitt, 2018), notamment en raison du point de vue situé des juges, qui proviennent d'espaces géographiques privilégiés et comprennent difficilement les obstacles sociospatiaux (Pruitt et Vanegas, 2015). Plusieurs lois ont ainsi été jugées constitutionnelles alors que les impacts de la distance ont été minimisés (Pruitt et Vanegas, 2015).

Tant entre les États qu'au sein d'un État, l'enjeu de spatialité est saillant. Afin d'aborder la magnitude des impacts liés à la fermeture des cliniques et la mobilité, il importe toutefois de recourir à une analyse intersectionnelle afin d'aborder la pluralité des réalités qui s'entrecroisent et

qui affectent l'expérience de l'accès à l'avortement. En effet, 90% des comtés non métropolitains ont un statut de « pauvreté endémique », une situation qui se complique davantage dans certains comtés comme celui du Rio Grande Valley au Texas, où les obstacles géographiques et économiques sont couplés à des facteurs culturels et migratoires particuliers. Toutefois, si les recherches sur l'accès physique abordent davantage l'enjeu de ruralité (Haksgaard, 2017 ; Cartwright et al., 2018; Hooper, 2014; Pruitt et Vanegas, 2015), démontrant que ces milieux sont plus affectés par les lois restrictives qui s'ajoutent à une pénurie de services médicaux, cet aspect est souvent omis dans les études intersectionnelles du droit à l'avortement (Haksgaard, 2017 : 683, 686). Or, le poids sur le droit constitutionnel des femmes au choix « augmente en proportion à la distance des femmes » de la clinique d'avortement la plus proche (Haksgaard, 2017). L'étude de la distance – et la façon dont elle est ou n'est pas parcourue – est un indicateur de plusieurs autres oppressions qui influencent l'accessibilité de l'avortement (Statz et Pruitt, 2018 : 1115). La possibilité d'un avortement médical par télémédecine diminue certaines de ces barrières, mais plusieurs États limitent cette possibilité (Grossman et Grindlay, 2017; Kreutzfeld, 2016 : 83).

#### 1.1.4 Les réalités latino-américaines face à la santé reproductive : facteurs d'accessibilité et perceptions de la communauté

Il est souvent difficile de mesurer l'ampleur des barrières à l'accès à l'avortement (accessibilité économique, mobilité, présence de clinique), car la majorité des études se basent sur les statistiques de femmes ayant obtenu un avortement ou sur les expériences des femmes ayant réussi à interrompre une grossesse non désirée. Or, les impacts économiques, physiques et légaux de ces restrictions sont tangibles et observables (Greene Foster, 2020). Lorsque les États imposent des restrictions qui entravent l'offre de service des cliniques, ils rendent impossible l'application du droit et font un choix pour les femmes. Or, les impacts des lois restrictives et d'une application inégale du droit à l'avortement affectent différemment les femmes – la sévérité des impacts varie selon les discriminations vécues par la femme. Puisque cette thèse propose d'analyser les réalités des femmes latino-américaines quant à l'accès – et la perception d'accès – à l'avortement, la présente section de la revue de la littérature se penche sur les contributions traitant de la santé reproductive des femmes latino-américaines – et plus particulièrement l'avortement. Peu de recherches se penchent directement sur les perceptions et expériences des femmes latino-

américaines aux États-Unis. La présente section inclut donc également la littérature sur l'utilisation de l'avortement par les femmes latino-américaines, ainsi que les études qualitatives et quantitatives sur l'avortement incluant une analyse des expériences latinas.

### ***Situer la littérature : Les entraves à l'accès aux soins de santé chez les populations latino-américaines***

Afin de situer la littérature sur l'accès aux soins de santé reproductive, il importe de s'attarder à la littérature portant sur l'accès aux soins de santé chez les populations latino-américaines, puisque certaines conclusions plus larges permettent de mieux aborder les enjeux spécifiques des femmes et la question de la santé reproductive.

L'augmentation de la politisation et la polarisation de l'enjeu migratoire pousse plusieurs États à user de leurs pouvoirs afin d'avancer un agenda politique plus progressiste ou plus conservateur que celui mis de l'avant par Washington. Si les États ne peuvent légiférer en matière d'immigration, qui demeure une prérogative fédérale, ils peuvent encadrer les immigrant.e.s se trouvant sur leur territoire (Chin et Miller, 2014; *Plyer v. Doe*, 1982; *De Canas v. Bica*, 1976; Pham et Hoang Van, 2012). Conséquemment, nombre d'États utilisent aujourd'hui leur prérogative en matière de santé afin d'élargir l'accessibilité des populations migrantes ou ajouter des contrôles migratoires dans des lieux comme les hôpitaux. Cet activisme législatif est particulièrement saillant au sein des législatures : entre 2006 et 2007, le nombre de lois restrictives proposées dans les États fédérés triple, passant de plus de 500 projets de loi restrictifs<sup>12</sup> en 2006, à 1562 en 2007 (Ochoa O'Leary, 2014), et le nombre d'États tentant de faire adopter ce type de lois augmente de 27 à 46 (Stumpf, 2008 : 1559-1560). Bien que mises de l'avant au niveau fédéré, ces lois reprennent les dispositions du PRWORA, loi fédérale de 1996 qui stipule d'une part que les États bénéficiant d'une aide fédérale pour financer les services publics doivent informer les agences fédérales d'immigration

---

<sup>12</sup> En matière d'immigration, le terme « restrictif » est utilisé afin de désigner des lois dont l'objectif est de limiter les droits des personnes migrants (santé, éducation, services sociaux...); l'augmentation de la collaboration des forces policières locales avec les agences d'immigration; l'autorisation de procéder à des contrôles d'identité et de statut migratoire lors d'opérations de routine; et toute autre loi dont l'objectif ou le résultat est la restriction des droits/possibilités/mobilités des migrant.e.s non documenté.e.s

lorsqu'un.e migrant.e non documenté.e tente d'obtenir un service, et d'autre part que les États peuvent décider si les non-citoyen.ne.s peuvent accéder aux services sociaux, en utilisant leur propres fonds (Stumpf, 2008). On observe alors une augmentation des lois étatiques encadrant l'accès aux services sociaux, et conséquemment, un déplacement des contrôles migratoires vers l'intérieur du territoire, ces services devenant des lieux de contrôles (Stumpf, 2008 : 1586). Ces lois se déclinent de trois façons : (1) restrictions des droits d'accès aux soins; (2) octroi d'un accès minimal aux soins de santé; et (3) octroi d'un accès aux soins de santé (Martinez et al., 2015 : 951). Tout comme en matière d'avortement, la juxtaposition de ces régimes étatiques au régime fédéral participe à la création de climats différents selon la position géographique de l'individu (Pham et Hoang Van, 2012).

Un pan de la littérature aborde plus spécifiquement les impacts vécus par les migrant.e.s non documenté.e.s. En raison de leur statut migratoire, et donc de leur vulnérabilité accrue face à l'employeur, ils et elles n'ont pas la même marge de manœuvre quant aux jours de congé pour aller à un rendez-vous médical (Wallace et al., 2012; Heyman et al., 2009). De plus, la présence de contrôles migratoires et la restriction de l'accès à un permis de conduire entrave la mobilité des populations non documentées, freinant l'accessibilité physique aux soins de santé (Heyman et al., 2009; Nuñez et Heyman, 2011). Le climat anti-immigration limite également la confiance des migrant.e.s non documenté.e.s envers les services perçus comme liés à l'État, comme les soins de santé, réduisant la propension des patient.e.s à divulguer des informations considérées comme sensibles, comme l'adresse personnelle (Bissonnette, 2022). Ces obstacles à l'accès aux soins préventifs et spécialisés ont un impact sur la prévalence de certaines maladies et limitent l'obtention de diagnostics précoces permettant de limiter les conséquences de maladies graves (Wallace et al. 2012; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015). Finalement, la littérature aborde également la peur de l'accès aux soins chez les populations migrantes (Berk et Schur, 2001), notamment celle d'être déporté (Heyman et al., 2009; Vargas et al., 2019; Dreby, 2015; Wallace et al., 2012; Marchevsky et Theoharis, 2008) ou encore que l'utilisation des services nuisent à leur chance de légaliser leur statut (Martinez et al., 2015; Pitkin Derose et al., 2007) :

A number of studies have identified widespread, though not universal fear that use of official healthcare institutions would lead to arrest and deportation. In addition, the unauthorized sometimes fear that use of healthcare services will prevent future

legalization because they are “likely to become a public charge” (Heyman et al., 2009 :5)

De plus, bien que ces lois visent principalement l’accessibilité des migrant.e.s non documenté.e.s, l’amalgame discursif entre immigration non documentée et communauté latino-américaine entraîne des impacts sur les Latino-Américain.e.s indépendamment de leur statut migratoire. En effet, bien que visant les personnes non documentées, les lois peuvent avoir un effet dissuasif sur les populations migrantes en général (Wallace et al., 2012: 21), influençant la perception de l’accessibilité des soins de santé. Cela peut s’expliquer par une peur d’être discriminé (Ochoa O’Leary et Sanchez, 2012; Sabo et al., 2014), notamment en raison de l’obligation de prouver son statut migratoire, ce qui alimente une impression que la personne ne « mérite » pas d’accéder aux services en raison de la distinction entre citoyen.ne et non citoyen.ne (Wallace et al., 2012), ou encore par une crainte de ne pas recevoir des services adéquats et de qualité (Pitkin Derose et al., 2007). Les conséquences de l’instrumentalisation accrue des lois en matière de santé – et plus largement de services sociaux – sur les populations latino-américaines font l’objet de plusieurs études, tant sur le plan de l’accessibilité, de la santé physique et de la santé mentale (Ervin et al., 2017; González, 2016; Hacker et al., 2011; Hagan et al., 2003; Homedes, 2008; Martinez et al., 2015), que dans le contexte de familles à statut migratoire mixte (Dreby, 2015; Okie, 2007; Berk, 2000; Vargas, 2015; Vargas et Pirog, 2015). Peu importe le service recherché, l’aspect linguistique peut également influencer l’accessibilité aux soins (Pitkin Derose et al., 2007). Les barrières linguistiques affectent la connaissance des services, certaines informations étant uniquement accessibles en anglais, ainsi que la qualité des services reçus (Wallace et al., 2012), le stress pouvant affecter la compréhension des indications et l’absence de maîtrise de la langue pouvant entraver la communication des symptômes (Pitkin Derose et al., 2007).

### ***Perceptions des Latinas : les barrières culturelles et linguistiques à l’accès aux services de santé reproductive***

Sur le plan des soins de santé reproductive, l’accès des Latino-Américaines est notamment influencé par des réalités linguistiques et culturelles spécifiques. Les croyances sociales et

religieuses affectent l'éducation sexuelle des Latinas en raison de tabous limitant les possibilités d'un dialogue ouvert quant aux questions de sexualité (Hooton, 2005 : 77). Dans une étude réalisée auprès de Latinas dans la région de Los Angeles, Kaplan et al. analysent la relation entre les jeunes latinas et l'avortement à travers trois facteurs : les facteurs culturels, les comportements liés à la santé reproductive et les rôles alternatifs à la maternité (2001 : 670). L'étude conclut que, parmi les facteurs étudiés, les croyances quant aux rôles des femmes (facteur culturel) influencent la relation à l'avortement (Kaplan et al., 2001 : 684). Dans une étude limitée à la Floride, Kaelber (2012) montre, pour sa part, que le degré de religiosité et l'importance de la famille sont deux facteurs influençant l'expérience des Latino-Américaines quant à l'avortement. Cela est corroboré par une étude subséquente, réalisée par Welter (2015) dans le Midwest, qui souligne toutefois que ces deux facteurs ont une incidence plus grande sur la façon d'aborder la période post-avortement et non sur la décision de mettre un terme à la grossesse. En effet, selon l'autrice, l'absence de soutien social et la peur de divulguer l'expérience sont deux éléments culturels qui pourraient affecter négativement l'expérience de l'avortement (Welter, 2015 : 176). Bien que limitée à quatre participantes, l'étude permet de souligner un aspect important : nonobstant l'appartenance culturelle, l'avortement demeure une expérience individuelle (Welter, 2015). Il importe donc de prendre en considération les éléments culturels affectant la conception des femmes de l'avortement, mais l'appartenance culturelle n'est pas l'unique marqueur identitaire affectant l'expérience. Ces recherches démontrent le caractère erroné de l'affirmation selon laquelle les Latino-Américaines n'utilisent pas les services d'interruption volontaire de grossesse. Or, la pression culturelle (dont découlent une honte et une peur) peut être un facteur du faible taux de divulgation de l'expérience (Kaelber, 2012 : 25).

Une recherche portant plus spécifiquement sur la religion, le genre et la position idéologique face à l'avortement démontre pour sa part que, contrairement aux conclusions des études sur la population générale, les Latinas sont moins influencées par leur identité religieuse que les Latinos lorsqu'il est question de leur soutien à l'avortement (Holman et al., 2020 : 405). Toutefois, plus une personne considère que la Bible est la parole de Dieu, plus forte est la position contre l'avortement indépendamment du genre. L'étude conclut qu'il est ainsi nécessaire d'approfondir les recherches sur la relation entre religion et avortement en relation au comportement politique des Latinos et Latinas.

Outre l'aspect culturel, les études soulignent la présence de barrières linguistiques. Le niveau d'aisance en anglais peut influencer le niveau de compréhension entre la femme et le médecin, et conséquemment affecter la qualité des soins, ainsi que l'aisance de la femme à discuter de problématiques sensibles souvent associées à la santé reproductive (Hooton, 2005 : 73). De plus, les médecins sont souvent plus réticents à offrir l'avortement médical aux femmes ayant un statut socio-économique moins enviable ou un niveau d'anglais jugé inférieur en raison du caractère non supervisé de la procédure (Teal et al., 2009). Cela limite le choix de la femme et, dans une perspective académique, tronque la représentation des Latino-Américaines dans les études portant sur l'accès à l'avortement médical (Teal et al., 2009 : 479).

### *Accéder aux soins : connaissance du système et réalités socio-économiques*

La littérature souligne également l'enjeu de la connaissance du système de santé étasunien comme obstacle à l'accès aux soins, alors que le faible taux de souscription à une assurance au sein des communautés latino-américaines constitue une barrière socioéconomique additionnelle (Dehlendorf, 2010). Près du tiers des Latino-Américain.e.s n'ont pas d'accès régulier à une clinique médicale (17% chez les Afro-Américaines et 14% chez les femmes blanches) (Hooton, 2005 : 73). Bien que ce faible taux affecte l'accès aux soins de santé reproductive tels que le dépistage de cancer, la contraception et autres soins préventifs et de contrôle, l'impact n'est pas aussi significatif sur l'accès à l'avortement, puisque plusieurs États interdisent aux assureurs de couvrir la procédure. Or, le statut socioéconomique des Latinas n'est pas sans conséquence : elles sont parmi les plus à risque d'être négativement affectées par une absence d'accès à un avortement sécuritaire (Hooton, 2005 : 79). En ce sens, les femmes racisées ou économiquement sont souvent confrontées à des expériences différenciées lorsqu'elles recourent à ces services.

Les études sur l'accès à l'avortement abordent également la question de la connaissance et de la compréhension du système de santé et des termes liés à la santé, deux éléments qui, indépendamment de la langue, affectent l'accessibilité aux soins (Lara et al., 2015 : 1812). En ce sens, une étude de la connaissance des services offerts en matière d'interruption de grossesse montre qu'à peine plus de la moitié des participantes savaient où obtenir un tel service ou vers quel

organisme se tourner pour obtenir un soutien financier (Lara et al., 2015 : 1813). Le positionnement géographique, le niveau d'éducation, le statut générationnel et la langue parlée sont autant de facteurs qui influencent le niveau de connaissance des services (Lara et al., 2015). De plus, les femmes racisées tendent à accorder plus d'importance aux connaissances reçues d'am.e.s ou de membres de la famille qu'à celles partagées par les professionnel.le.s de la santé (Dehlendorf et al., 2010 : 217), ce qui peut influencer le niveau de connaissance des services et la ténacité de certaines idées reçues ou informations erronées à propos de l'avortement. Toutefois, pour certaines, la principale barrière demeure la perception que le recours à ceux-ci pourrait avoir un impact sur la régularisation du statut migratoire (Lara et al., 2015 : 1812). Cela est problématique, car une méconnaissance des services accessibles – et donc une perception faussée de l'accessibilité de ceux-ci – est un facteur influençant la propension à se tourner vers des pratiques d'avortement-maison (Bakic Hayden, 2011 : 217).

### ***Être Latina aux États-Unis : mobilité, discriminations et statuts migratoires***

La fermeture des cliniques et le positionnement de celles restantes sur le territoire d'un État affectent toutes les femmes, indépendamment de l'origine ethnoculturelle. Toutefois, pour les Latino-Américaines, la réalité migratoire ajoute une composante supplémentaire affectant la mobilité. Pour les migrantes non documentées, l'absence d'une clinique offrant l'avortement à proximité peut constituer une atteinte directe au droit au choix<sup>13</sup>. Dans la zone frontalière, la

---

<sup>13</sup> Il importe ici de noter que la position adoptée dans la présente thèse découle d'une prise de position dans le cadre d'un débat idéologique ayant cours aux États-Unis. En effet, nous soutenons que les femmes migrantes – indépendamment de leur statut migratoire – ont un droit d'accès aux soins de santé, car nous sommes en accord avec les études et analyses postulant une importance de l'accès aux soins de santé pour tou.te.s et nous reconnaissons le droit aux soins de santé – dans lesquels l'avortement s'inscrit – comme constituant un droit humain, dont le respect n'est pas tributaire d'un statut de citoyenneté. Toutefois, il importe de préciser que ce positionnement ne constitue pas une position universellement acceptée aux États-Unis. En effet, à la question « les femmes migrantes non documentées ont-elles un droit d'accès à l'avortement ? », deux positions s'imposent. Dans un premier temps, du côté des défenseurs des droits des personnes migrantes et des défenseurs des droits reproductifs, le droit au choix ne peut être remis en cause sur la base du statut migratoire de la patiente – le droit est universel en ce sens que la Cour suprême, dans son jugement de 1973, n'a pas circonscrit l'accès à l'avortement uniquement aux citoyennes, mais a plutôt reconnu le droit au choix comme étant légal sur l'ensemble du territoire des États-Unis. S'oppose à cette position un discours soutenant que les migrantes non documentées ne peuvent être reconnues comme individus à part entière dont les droits doivent être protégés au même titre que les droits des citoyen.ne.s étasunien.ne.s. Ainsi, dans le cadre d'un amicus brief déposé dans un dossier impliquant l'accès d'une mineure non documentée à l'avortement en 2019, 11 États (le Texas,

présence de contrôles migratoires à l'intérieur du territoire étasunien, dans une zone de 100 miles de la frontière, constitue un frein à l'accès des migrantes non documentées à l'avortement. En effet, si la clinique la plus proche se trouve au-delà d'un point de contrôle – que les migrantes non documentées ne peuvent franchir faute de papiers – elles se voient privées du choix de poursuivre – ou non – une grossesse (Bissonnette, 2022) : « the high stakes for undocumented women in crossing checkpoints, coupled with anecdotal evidence that the checkpoints do function as a deterrent, indicate that [...] undocumented women who would otherwise obtain an abortion are, if the clinics close, likely to be deterred from doing so » (Huddleston, 2016 : 1770). Cela crée *de facto* une impossibilité de se prévaloir du droit à l'avortement pour un groupe spécifique : les migrantes non documentées font face à un choix entre « l'exercice d'un droit fondamental et éviter l'exposition à l'application des lois en matière d'immigration » (Huddleston, 2016 : 1776 [traduction libre]). Si certaines études abordent la stratégie de franchissement de la frontière pour accéder à des soins plus économiques du côté mexicain, cette solution n'est pas accessible pour les migrantes non documentées (Gomez, 2015) et ne s'applique pas à l'avortement, la pratique étant illégale dans les États mexicains frontaliers. Les contrôles migratoires viennent circonscrire la mobilité des migrantes non documentées, tout en rendant plus ardu le déplacement des Latino-Américain.e.s en raison de leur assimilation à la migration non documentée.

### ***Les lacunes de la littérature sur les expériences et perceptions des Latinas***

Tel qu'exposé, la littérature aborde directement et indirectement les expériences et perceptions des Latinas quant à l'accès à l'avortement. Toutefois, la littérature existante comporte certaines lacunes

---

l'Arkansas, la Louisiane, le Michigan, le Missouri, le Nebraska, l'Ohio, l'Oklahoma, la Caroline du Sud, la Virginie occidentale et le Kentucky) ont soutenu que parce que les migrantes non documentées n'ayant pas de statut officiel au regard des lois sur la citoyenneté et la migration aux États-Unis, elles n'ont conséquemment pas de droit constitutionnel à l'avortement (No 17-5236, 2017; No 17-654, 2017). Ce discours défend également que même si considérée comme une « personne » au sens de la loi, cette personne non documentée n'a pas droit au même droits accordés aux citoyen.ne.s ou migrant.e.s présent.e.s légalement sur le territoire étasunien. Les tenants de cette approche postulent ainsi un régime de droits modulaires selon le statut migratoire ou de citoyenneté. En somme, ce débat peut être résumé en deux temps. D'abord, il y a une opposition entre les tenants d'une reconnaissance de droits égaux à toute personne indépendamment du statut légal et les tenants d'une distinction dans l'étendue des droits reconnus selon le statut migratoire. Ensuite, en filigrane de ce débat s'articule un autre débat quant à la reconnaissance ou non du droit à l'avortement (Bissonnette, 2022).

que cette thèse tente de combler. Dans un premier temps, les études portant directement sur les Latinas sont unifactorielles : la culture et la religion (Kaplan et al., 2001; Kaelber, 2012 ; Welter, 2015); les impacts de l'idéologie sur le comportement électoral (Holman et al., 2020 ); ou l'immigration (Gomez, 2015; Huddleston, 2016) sont analysés, mais ne sont pas mis en relation l'un avec l'autre, les participantes à ces recherches n'étant interrogées que sur le sujet traité. Ensuite, les études abordant les vécus des Latinas de façon indirecte, ou moins centrale, offrent certes des analyses plus globales de l'accès à l'avortement, touchant à plus de facteurs identitaires, mais les expériences latinas sont présentées comme des expériences parmi d'autres, et parfois ne sont abordées qu'en relation, par exemple, à la langue ou au statut migratoire, et non pas à l'ensemble des variables analysées. En proposant une étude portant strictement sur les expériences et perceptions des Latinas, la présente thèse propose ainsi une contribution visant à recentrer l'analyse sur ce groupe spécifique, tout en abordant les multiples facteurs influençant les expériences et perceptions des femmes latino-américaines, grâce à un questionnaire et un entretien permettant d'évaluer les divers facteurs influençant l'accès à l'avortement (voir Chapitre 2).

## 1.2 L'ancrage géopolitique du droit à l'avortement aux États-Unis

La politisation accrue de l'enjeu de l'avortement couplée à une polarisation de plus en plus prononcée aux États-Unis a contribué, avec les décisions de la Cour suprême et l'activisme local, à un retour à une situation pré-Roe v. Wade en terme d'accès à l'avortement. Si la décision de 1973 visait un aplanissement des disparités géographiques, la réalité actuelle pointe vers une recrudescence du rôle du positionnement géographique sur l'accessibilité à ce soin, tant à l'échelle nationale qu'au sein des États. Plus encore, l'impact de ce positionnement sur l'accès des femmes est également influencé par les systèmes de domination présents aux États-Unis, les marqueurs identitaires modulant l'accès aux soins de santé, tant au niveau de la perception d'accessibilité que des capacités physiques d'accès aux sites offrant les soins. Afin d'aborder l'accessibilité des femmes latino-américaines aux soins de santé reproductive dans les États frontaliers, la géopolitique intersectionnelle sera mobilisée.

Puisque les études de cas choisies pour la présente thèse ont en commun d'être des États ayant une frontière internationale, soit avec le Mexique ou le Canada, il aurait pu être tentant d'ancrer la recherche dans une approche théorique en études frontalières (« border studies »). En effet, tel qu'il sera démontré dans la thèse, la relation à la frontière peut influencer la perception d'accès à l'avortement pour les patientes résidant dans un État ayant une frontière internationale. En effet, de leur conception comme stricte ligne de démarcation géographique, les frontières sont aujourd'hui conceptualisées de façon plus large, englobant la zone frontalière, les mécanismes de surveillance déployés le long de la démarcation internationale, et les espaces de collaboration et coopération qui se développent autour de la frontière (Amilhat-Szary, 2015). Conséquemment, les frontières sont à la fois des filtres de plus en plus pointus, contrôlant les mouvements, et des ressources pour les pays partageant cet espace. Sur ce dernier point, nombre d'études se sont penchées sur les frontières comme ressources économiques (voir par exemple, Nijkamp, 2021; Anderson et Wever, 2003; Feyissa et Virgil Hoehne, 2010). Or, certaines recherches en santé offrent également une conceptualisation des frontières comme ressources, influençant l'accès et la perception d'accès aux soins de santé pour les résident.e.s des régions frontalières (voir par exemple, Moya et al., 2020; Jusionyte, 2018; Vindrola-Padros, 2021; Gutierrez-Romine, 2020). Toutefois, ces recherches n'offrent pas de contributions théoriques quant à l'élaboration d'une théorie de la frontière comme espace de ressources, constituant plutôt des contributions empiriques. En effet, les études frontalières ont cette particularité d'être à la fois très précises, de par leur focale empirique sur les espaces frontalières, mais également très imprécises dans leurs approches théoriques multiples. En effet, les études frontalières constituent souvent un sous-champ de disciplines multiples. Les chercheur.e.s abordent ainsi l'étude des frontières à travers la littérature empirique des études frontalières, mais les outils méthodologiques et théoriques mobilisés sont très souvent liés à la discipline d'attache de la/du chercheur. On trouve ainsi des études ancrées dans des théories des relations internationales, ou encore en anthropologie sociale, en sociologie des mouvements, etc. Certains ont tenté d'élaborer une théorie et une méthode des frontières. Par exemple, Mezzadra et Neilson proposent de réfléchir à la frontière comme une méthode, en partant du présupposé que les frontières sont aujourd'hui non plus de simples lignes de démarcation, mais plutôt « des institutions sociales complexes, qui sont marquées par des tensions entre les pratiques de renforcement des frontières et la traversée de la frontière » (2013 : 3). Toutefois, leur proposition est limitée, car ancrée dans une vision économique des frontières et de l'appareillage de contrôle

des frontières, rendant impossible la transposition de leur méthode à une analyse de phénomènes non économiques. Sur le plan théorique, en raison de la spécificité empirique des frontières, certains, comme Anssi Paasi (2011), s'opposent à une théorie générale des frontières, car celle-ci ne pourrait saisir les caractéristiques et dynamiques historiques, contextuelles et politiques de chaque espace frontalier. D'autres, comme Thomas Nail (2016), plaident pour une théorie des frontières non pas comme une approche englobante qui effacerait l'individualité empirique des frontières, mais plutôt comme un outil pour « décrire les conditions ou l'ensemble des relations dans lesquelles les frontières empiriques émergent » (Nail, 2016 : 11). Ainsi, malgré ces propositions, le débat quant à la pertinence d'une approche théorique en études frontalières – et si celle-ci existe actuellement, demeure.

Conséquemment, un ancrage théorique en études frontalières comporte deux limitations importantes. D'une part, l'absence d'une théorie des frontières et, plus substantiellement, une limite quant à l'espace étudié. En effet, les études frontalières se concentrent précisément sur la région frontalière, alors que la présente thèse propose plutôt d'aborder la frontière comme un espace et une échelle d'analyse, mais ne se limite pas à l'espace de la frontière internationale, et au rôle de celle-ci et des mécanismes qui la sous-tendent dans la perception et l'expérience de l'accès à l'avortement. Ce faisant, les études frontalières sont insatisfaisantes, car limitées à un espace géographique pré-déterminé, alors que la thèse propose d'aborder les perceptions et expériences à travers plusieurs niveaux d'analyse dans différents espaces géographiques.

D'autre part et inversement, la géopolitique intersectionnelle permet d'aborder les multiples dynamiques façonnant l'accès à l'avortement. Cette approche théorique permet de dépasser le simple espace frontalier, afin d'aborder d'autres lieux (espaces non frontaliers, corps non liés à la frontière) et d'autres échelles (nationale, locale, individuelle). Ce faisant, la présente thèse contribue également à l'application d'un cadre théorique original à l'espace frontalier afin d'approfondir notre compréhension des impacts des dynamiques frontalières sur la perception et l'expérience d'accès aux soins. De plus, cette approche permet d'analyser à la fois la dynamique territoire-pouvoir-corps en lien avec le caractère à géographie variable de l'accès à l'avortement, ainsi que les différents pouvoirs affectant le corps des femmes de même que leur expérience et leur perception de l'accès à ces mêmes soins.

La géopolitique intersectionnelle demeure peu développée, les recherches adoptant plutôt une inclusion d'une portion de l'approche intersectionnelle en géopolitique ou une composante géographique ou de territorialité à une analyse ancrée dans une approche intersectionnelle. Toutefois, ces travaux ont leurs limites, car ils proposent seulement une application partielle de l'une ou l'autre des approches. Pour combler ce vide, cette thèse propose une analyse ancrée dans une approche en géopolitique intersectionnelle et s'appuie à la fois sur les similitudes entre les deux approches tout en unifiant leurs forces. Cela permet une étude plus approfondie des corps territorialisés et de leur accès (ou non accès) aux soins de santé reproductive.

Les deux approches, découlant à la fois de recherches académiques et d'activisme social, partagent, sur le plan ontologique, une reconnaissance de l'importance du quotidien, du mouvement et de l'expérience dans la théorisation (Pratt, 2004). Toutefois, sur le plan épistémologique, l'intersectionnalité aborde davantage les enjeux identitaires et de systèmes de domination, alors que la géopolitique féministe explore la relation territoire-pouvoir-corps, où le corps a une identité de genre, mais où les autres identités ne sont pas systématiquement abordées ou reconnues. Ainsi, le développement d'une géopolitique intersectionnelle permet de penser le pouvoir sous sa dimension territoriale, tout en soulignant les multiples liens de ce pouvoir avec les systèmes d'oppression affectant les expériences spatiales des corps.

Dans les sections qui suivent, il s'agit de présenter les évolutions de la géopolitique féministe et de l'intersectionnalité afin de souligner d'une part l'inclusion de la variable de genre dans la compréhension des enjeux de spatialité et de pouvoirs, et d'autre par les avancées théoriques et pratiques de l'intersectionnalité. Dans un second temps, nous abordons trois points de rencontre de l'intersectionnalité et de la géopolitique féministe afin d'établir les bases d'une approche en géopolitique intersectionnelle : le corps, la mobilité/l'immobilité et la spatialité. Troisièmement, nous discuterons de l'application d'une approche de géopolitique intersectionnelle à l'accès aux soins de santé. Finalement, nous définirons les concepts centraux à la thèse et à l'analyse de l'accès des Latino-Américaines à l'avortement dans les États frontaliers.

1.3 Sortir des marges : Les développements de la géopolitique féministe et de l'intersectionnalité

Plutôt que de recourir à une approche intersectionnelle pour mener une analyse géopolitique ou vice versa, nous optons pour une analyse de géopolitique intersectionnelle et notre approche théorique s'appuie sur les points de rencontre entre celles-ci ainsi que leurs forces respectives. Ainsi, la section suivante passe en revue la littérature dans les deux domaines. Elle souligne tout d'abord les contributions des pensées féministes en géopolitique critique, avant de passer en revue la littérature sur l'intersectionnalité. Enfin, elle présente une revue des études géopolitiques intégrant l'intersectionnalité.

#### 1.3.1 La géopolitique féministe : l'inclusion du genre dans l'interprétation de l'espace, de l'échelle et du territoire

La géopolitique, et plus largement la géographie, a un « intérêt central pour la façon dont les espaces, les lieux et les échelles produisent et reproduisent toute une série de phénomènes sociaux et politiques » (Pain, 2015 : 64 [traduction libre]). En outre, la géopolitique critique, au sein de laquelle la géopolitique féministe est souvent incluse, s'intéresse à la façon dont les relations de pouvoir sont construites, maintenues et mobilisées pour certains objectifs de politique intérieure et étrangère. Le développement de la géographie et de la géopolitique féministes s'est accompagné de l'incorporation du genre dans le domaine, ce qui a permis de traiter de nouveaux sujets de recherche, d'approfondir ceux qui existaient déjà, comme la dynamique privé/public, et de développer l'analyse des relations genre/spatialité (Sanders, 1990). Les chercheuses féministes en géopolitique examinent de nouvelles échelles, de nouveaux espaces et de nouvelles dynamiques de pouvoir, en mettant l'accent sur « la politique dans les espaces et les échelles qui ne sont généralement pas considérés comme politiques ou puissants » (Fluri, 2009 : 260 [traduction libre]). En tant que sous-domaines d'études, la géopolitique et la géographie féministes sont dynamiques et en pleine croissance, couvrant un large éventail de sujets, mais n'ont pas beaucoup tiré profit des approches intersectionnelles (Evans et Maddrell, 2019).

Si la géographie et la géopolitique féministes ont pour base commune le genre et une inclusion des réflexions propres aux études féministes, elles se distinguent l'une de l'autre sur un point : la

géographie féministe se concentre sur l'espace et le lieu alors que la géopolitique féministe se concentre sur les formes de pouvoir, l'oppression et les résistances, « permettant une compréhension du fonctionnement de diverses formes de pouvoir à travers des théories et des méthodologies de recherche situées, incarnées et politiquement transformatrices » (Massaro et Williams, 2013 : 567 [traduction libre]). Néanmoins, en se concentrant sur le corps et l'intimité des personnes, les deux partagent également trois similitudes importantes.

Premièrement, les deux rejettent la reproduction des pratiques masculinistes (Sharp, 2000) et la concentration sur l'échelle globale (Gilmartin et Kofman, 2004) en militant pour une reconceptualisation de ce qui est un sujet de la géopolitique (Dowler et Sharp, 2001 ; Hyndman, 2001), par l'inclusion du quotidien, du domestique, de la maison, de l'intimité et de l'individu (Carter et Woodyer, 2020 ; Smith, 2009 ; Dixon et Marston, 2011) comme espaces de (re)production de la géopolitique. Ce faisant, la géopolitique féministe permet de « rendre manifeste la 'place' des personnes traditionnellement privées de pouvoir (...) dans toutes sortes de paysages ostensiblement géopolitiques » (Dixon et Marston, 2011 : 445 [traduction libre]). Il importe toutefois de souligner que les géographes féministes ne rejettent pas le global, mais présentent plutôt comment l'intime, le local et le global sont entrelacés : « They are neither separate spheres nor bounded subjects. Rather, they coconstitute places such as the border, the home, and the body » (Mountz et Hyndman, 2006 : 448). Les contributions des géographes féministes sont particulièrement importantes en ce qui concerne les études sur les sexualités, « forçant une reconnaissance du processus spatial comme se produisant dans les interstices de la pratique discursive et matérielle » (Wright, 2010 : 57 [traduction libre]). Ainsi, les géographes féministes reconnaissent l'intime comme un espace de (re)production de nombreuses relations de pouvoir nationales et internationales (Hemmings et al., 2006). En ce sens, Pratt et Rosner (2012) ont développé l'expression « l'intime global (the globally intimate) » pour expliquer les relations entre l'intime, l'international et les identités. C'est dans cet espace que « les expériences les plus privées et introspectives du soi incarné rencontrent les processus multiscalaires de construction des identités sociales et les relations de pouvoir qu'ils soutiennent dans le continuum local-global » (Wright, 2010 : 56 [traduction libre]). La géopolitique féministe examine ainsi la manière dont l'international a un impact sur le quotidien et la façon dont le quotidien influence l'international, et peut s'intéresser aux « ondulations du pouvoir sur l'espace et le lieu et à la signification profonde

du "domaine privé", du quotidien et du corporel dans la vie politique » (Faria et al., 2020 : 2 [traduction libre]). La géopolitique féministe nous permet donc d'analyser le pouvoir à travers les sites et les échelles<sup>14</sup> (Massaro et Williams, 2013).

Deuxièmement, la géographie et la géopolitique féministes critiquent le manque d'engagement du domaine avec la pensée féministe. Les deux approches soulignent comment la géopolitique critique se limite aux mentions ou aux incorporations du genre dans l'analyse (Dowler et Sharp, 2001) sans réellement réfléchir à ce que les approches féministes pourraient y ajouter. L'engagement avec les approches féministes conduit à une reconceptualisation de concepts fondamentaux tels que le territoire et les frontières comme « inextricablement liés aux idées et pratiques associées à la différence » (Wastl-Walter et Staeheli, 2004 : 141 [traduction libre]). Le territoire et les frontières, en tant qu'expressions du pouvoir, renforcent les idées d'appartenance et répondent à des besoins spécifiques, mais ils sont trop souvent analysés sans tenir compte du genre. Cependant, les géographes féministes ont démontré comment « les relations de genre ont été utilisées dans les stratégies territoriales des agents de l'État et dans les luttes pour maintenir la sécurité de l'État » (Wastl-Walter et Staeheli, 2004 : 144 [traduction libre]). Ce faisant, elles « ont essayé de déloger le concept de territoire de l'État-nation et ont montré comment les processus territoriaux et les négociations sur les frontières opèrent à d'autres échelles » (Wastl-Walter et Staeheli, 2004 : 145 [traduction libre]) pour s'éloigner du statocentrisme en géopolitique. Cela a permis aux géographes féministes de considérer, depuis les années 1990, le corps comme l'échelle la plus intime, en

---

<sup>14</sup> Malgré la centralité du concept d'échelle en géographie et en géopolitique, il y a une absence de consensus quant à sa définition. Sur un plan cartographique, l'échelle fait également référence au rapport entre la distance réelle et la distance sur la carte. Toutefois, sur un plan analytique, le concept d'échelle est également utilisé afin d'aborder les différents niveaux spatiaux. En 1993, John Agnew définissait l'échelle comme un niveau spatial sur lequel les effets du positionnement (« location ») sont effectifs (Agnew, 1993 : 251). Cette définition plus vaste a été précisée par certain.e.s théoricien.ne.s, dont Brenner, qui offre la définition suivante : « a 'vertical' differentiation in which social relations are embedded within a hierarchical scaffolding of nested territorial units stretching from the global, the supra-national, and the national downwards to the regional, the metropolitan, the urban, the local, and the body. » (Brenner, 2005: 9). Cette seconde définition précise les multiples espaces et ajoute l'aspect d'articulation « verticale » de ceux-ci. Ce dernier aspect fait l'objet d'opposition conceptuelle en géographie critique en raison de la représentation des espaces sur une structure « hiérarchique » (verticale), en opposition à une représentation horizontale des espaces. En ce sens, d'autres théoricien.ne.s postulent pour une utilisation du concept de « réseaux », qui se prête davantage à une représentation horizontale des espaces, afin d'aborder les relations existantes entre différents espaces (Marston et al, 2005 : 417). Dans le cadre de cette thèse, nous utiliserons la représentation d'échelle proposée par Massaro et Williams (2013) et d'autres autrices en géopolitique féministe, à savoir que le corps est une échelle géographique (cartographique), un espace territorial, sur lequel les dynamiques de pouvoir sont projetées. Toutefois, notre analyse, ancrée en géopolitique intersectionnelle, rejette la représentation des échelles comme espaces verticaux et hiérarchisés, pour plutôt aborder les corps en relation avec les autres espaces géographiques (réseaux).

rupture avec le postulat des géographes traditionnels selon lequel le corps n'est pas territorialisé car « la territorialité contribue à rendre les relations impersonnelles » (Sack, 1986 : 33 [traduction libre]). Par conséquent, leurs travaux ont longtemps été ignorés en géographie (Longhurst et Johnston, 2014) et isolés des recherches en géopolitique, conduisant à peu de recherches (voir Hyndman, 2001) s'intéressant à la géopolitique et au corps.

Les corps sont simultanément des espaces de pouvoir et des espaces sur lesquels le pouvoir est projeté – ils sont utilisés pour exercer un contrôle, comme symbole de l'État-nation, comme danger construit, comme objet/sujet (re)productif. Les individus font l'expérience du territoire et de la territorialisation à travers leur corps, qui est à la fois territorialisé et potentiellement créateur de territorialisation grâce à ses capacités de reproduction (Smith, 2009). Le corps représente le niveau où l'international et le local entrent en collision, amenant la géopolitique au sein du foyer ou au niveau de l'individu. Ces derniers deviennent de plus en plus centraux dans les discours politiques et la construction des perceptions sécuritaires (Coleman, 2009), repositionnant et redéfinissant ce qui est considéré comme le champ de bataille. Cependant, la géopolitique féministe contribue à la compréhension des dynamiques sexuées et genrées en jeu dans le cadre de ce changement, et plaide pour l'inclusion d'une échelle d'analyse plus fine et plus incarnée (Hyndman, 2001, 2004). Par conséquent, les contributions des géographes féministes incluent des travaux sur la géographie du corps dans l'espace, en se concentrant sur la façon dont différents corps ont des expériences différenciées, y compris le fait d'être exclus d'espaces spécifiques, comme les personnes enceintes (Longhurst, 1996), d'être rendus (in)visibles, comme les migrant.e.s et les demandeur.euse.s d'asile (Mountz, 2004 ; Hyndman et Mountz, 2006), ou d'être réduits à certaines caractéristiques, par exemple les sexualités (Del Casino Jr., 2007).

Ces recherches présentent comment les territoires sont des espaces d'inclusion et d'exclusion marqués par des frontières formelles et informelles construites socialement, culturellement et politiquement. En outre, la géopolitique féministe, en ajoutant la dimension du pouvoir dans les études, souligne comment les discours sur l'État-nation, ou les politiques nationalistes concernant la race, sont ancrés dans une conception du corps reproductif qui classe les corps selon ceux considérés comme méritant de se reproduire et ceux dont la reproduction doit être limitée ou contrôlée (voir Bialasiewicz, 2006 ; Smith, 2009, 2012). Les corps reproductifs sont marqués différemment selon la construction de leur identité comme méritant/appartenant ou indigne/autre

pour maintenir la nation « biologiquement, culturellement et symboliquement » (Yuval-Davis, 1997 : 2 [traduction libre]). Par conséquent, les corps sexués sont des sites de « défense culturelle », qui se trouvent « pris dans des projets géopolitiques, en tant qu'entités qui peuvent non seulement être un territoire mais aussi faire un territoire » (Smith, 2012 : 1513, 1515 [traduction libre]). Les discussions sur les différences, les identités construites et les expériences variées des catégories et des pouvoirs sont des thèmes qui apparaissent dans diverses analyses géopolitiques, y compris l'importance de les reconnaître et les questionnements sur les façons de les conceptualiser (Staheli et Kofman, 2004), mais l'intersectionnalité est rarement mentionnée dans les recherches. S'intéresser au corps et à l'intimité a également permis à la géopolitique féministe d'analyser les relations entre les émotions et les relations de pouvoir plus larges, le global et l'intime devenant plus imbriqués (Pratt et Rosner, 2012), ainsi que d'illustrer que si la violence étatique sur les corps doit être étudiée et reconnue, s'intéresser à l'intimité permet de rendre visible « que les mêmes violences sont souvent déjà présentes dans le domaine intime » (Pain et Staheli, 2014 : 345 [traduction libre]). Ainsi, la violence est conceptualisée comme un continuum sur lequel la guerre internationale et la violence domestique sont deux dynamiques faisant partie des guerres intimes (Pain, 2015).

En redéfinissant le territoire pour y inclure les échelles du domicile et du corps, la géopolitique féministe a renversé « toute tentative de suggérer que certaines activités sont en dehors de la politique, qu'il s'agisse de la politique de la société ou de la géopolitique de l'international » (Sharp, 2020 : 3 [traduction libre]). De plus, cette redéfinition implique de reconnaître comment les individus ont des relations entre eux et avec le territoire qu'ils habitent, en plus d'être eux-mêmes un territoire sur lequel le contrôle et le pouvoir – étatiques et non-étatiques – sont exercés et projetés. Les luttes pour les territoires sont également des luttes pour les corps qui peuplent ces mêmes territoires (Smith, 2011). Ainsi, la focalisation de la géopolitique féministe sur le corps permet une redéfinition du territoire, un changement d'échelle, mais aussi une reconnaissance que les corps ne sont pas des objets passifs sur lesquels les événements géopolitiques se produisent, mais plutôt qu'ils constituent « le site où la géopolitique est produite et connue » (Smith, 2012 : 1518 [traduction libre]).

Finalement, la géopolitique féministe rejette les positions désincarnées et les pratiques méthodologiques de la géopolitique critique, favorisant plutôt l'inclusion de la théorie du point de

vue situé de Donna Haraway (Smith, 2009), qui situe la connaissance dans les expériences vécues des lieux et des espaces, les considérant comme essentiels à la redéfinition de concepts comme le nationalisme et la territorialité (Fluri, 2009 ; Hyndman, 2004 ; Wastl-Walter et Staeheli, 2004). S'appuyant sur ces critiques, la géopolitique féministe offre une vision des questions géopolitiques qui explore de nouvelles échelles, méthodologies et lieux d'étude. Ainsi, Brickell explore les façons dont l'espace domestique (la maison, le lieu de résidence), identifié par Pain (2015) comme étant à la fois un lieu de sécurité et de violence, et la géopolitique sont entrelacés et comment « la géopolitique est influencée par et émerge du domicile » (Brickell, 2012 : 585 [traduction libre]), tandis que la recherche de Smith présente comment l'intimité est devenue un « site de pratiques géopolitiques », les corps étant et faisant le territoire, devenant des sites de géopolitique (Smith 2009, 2011, 2012 [traduction libre]). Ce faisant, la géopolitique féministe retravaille également des concepts fondamentaux tels que le pouvoir et la citoyenneté en les relocalisant dans ces nouvelles échelles qui étaient auparavant omises (Staeheli et Kofman, 2004). Cependant, en plus d'explorer de nouvelles échelles et de redéfinir des concepts, la géopolitique féministe a également remis en question le processus de construction et de production du savoir, en tentant de « démocratiser la production du savoir par la reconnaissance de l'importance du savoir situé et par l'engagement critique entre la recherche et le monde dans lequel nous vivons et travaillons » (Staeheli et Kofman, 2004 : 5 [traduction libre]).

### 1.3.2 L'intersectionnalité pour aborder les structures de domination

En 1989, Kimberlé Crenshaw « invente » le terme intersectionnalité afin d'aborder les intersections d'identités et les imbrications de systèmes d'oppression, ainsi que pour dénoncer une approche mono-axe prédominante qui dévalorisait et rendait invisible certaines expériences vécues (Crenshaw, 1989). S'appuyant sur plus de 200 ans de militantisme et d'écrits des féministes afro-américaines et chicanas, l'intersectionnalité comble un vide dans la littérature féministe : la théorie et les politiques féministes visent à universaliser, mais les affirmations qui les sous-tendent ne sont pas applicables ou ne représentent pas l'expérience vécue des femmes afro-américaines - et plus largement des femmes de couleur.

L'intersectionnalité postule que chaque individu est le produit d'identités plurielles qui se croisent et évoluent à travers différents systèmes de domination (May, 2015). Au lieu de les étudier en tant que phénomènes distincts et parallèles, l'intersectionnalité postule que les oppressions sont égales, les systèmes d'oppression étant imbriqués (Combahee River Collective, 2008) et qu'il est donc possible d'effectuer une analyse du type « both/and » :

intersectionality contests conventional ways of thinking about domination, subordination, and resistance: it approaches privilege and oppression as concurrent and relational and attends to within-group differences and inequities, not just between-group power asymmetries (May, 2015 : 4).

Par conséquent, l'intersectionnalité permet d'éviter trois problèmes principaux : (1) le modèle additif qui crée des compétitions politiques plutôt que de la coopération ; (2) l'invisibilisation des groupes à l'intersection de plusieurs lieux d'oppression ; et (3) le développement d'un diagnostic erroné pour un problème qui nécessite une réponse politique (Hancock, 2007 : 70). En outre, l'intersectionnalité nous permet d'étudier comment un individu peut être à la fois opprimé et oppresseur, selon les oppressions étudiées (Hill Collins, 2009). Plus récemment, à travers ses écrits sur l'intersectionnalité, Sirma Bilge a présenté une opposition à cette vision des oppressions comme étant égales, postulant plutôt une approche intersectionnelle où s'articule une « interdépendance inégale des dominations », à savoir que dans une situation particulière, un axe de domination peut avoir un poids supérieur aux autres. Bilge illustre son propos en mobilisant l'exemple d'une femme migrante non documentée, affirmant que le statut migratoire, de par le fait qu'il façonne les autres lieux d'oppression, a un poids supérieur aux autres oppressions (2010 :62). À la fois approche analytique et concept politique, l'intersectionnalité a facilité la prise en considération des réalités de genre, de race et d'autres axes de pouvoir dans les discussions politiques et les disciplines académiques (Cho et al., 2013 :787).

L'intersectionnalité est une approche qui ne se limite pas à des groupes spécifiques; elle vise plutôt le démantèlement des oppressions et la quête de justice (May, 2015 : 226). Bien que la plupart des écrits fondateurs soient produits par des femmes afro-américaines, l'élargissement de l'étude de l'intersectionnalité à d'autres groupes a été bénéfique, amplifiant les capacités de l'approche « à

capturer et engager les dynamiques contextuelles du pouvoir » (Cho et al., 2013 : 788 [traduction libre]). Cette malléabilité de l'intersectionnalité, miroir de la fluidité de ses sujets d'étude (May, 2015), a permis un déplacement de son ancrage dans le *Black Feminism* et les *Critical Race Studies* vers d'autres disciplines, et des États-Unis vers d'autres contextes géographiques (Hancock, 2016).

En tant qu'approche théorique et analytique, l'intersectionnalité permet de penser le problème des différences et similitudes grâce à une conception des catégories comme étant fluides, changeantes et constamment en co-construction avec les dynamiques de pouvoir (Cho et al., 2013 : 795). L'intersectionnalité permet à la fois d'aborder les structures de pouvoir et de domination, et les structures de création et de dissémination de la connaissance. En ce sens, trois sous-sections des études intersectionnelles ont été identifiées par Cho et al. : (1) l'application de l'intersectionnalité à une pluralité d'enjeux et l'étude des dynamiques intersectionnelles (application empirique) ; (2) les débats discursifs quant à l'étendue et le contenu de l'approche intersectionnelle (réflexion théorique) ; et (3) les interventions politiques appliquant une approche intersectionnelle (2013 : 785). Tout d'abord, l'intersectionnalité est un cadre qui peut être appliqué à la recherche axée sur les dynamiques intersectionnelles. En tant que tel, le cadre d'analyse intersectionnel « produit des aperçus qui soulignent la complexité, l'hybridité et la diversité des régimes de pouvoir tels qu'ils co-constituent les identités individuelles des sujets » (Vaiou, 2018 : 580 [traduction libre]). Deuxièmement, l'intersectionnalité peut être mobilisée dans une discussion plus théorique, pour réfléchir à sa portée et à son contenu théorique et méthodologique. Sur un terrain méthodologique, McCall (2005 : 5-6) note que, bien que l'intersectionnalité soit « la contribution théorique la plus importante des études féministes (...) jusqu'à présent » ([traduction libre]), les études sur la méthodologie de l'intersectionnalité sont limitées, ce qui l'amène à passer en revue trois approches méthodologiques au sein du champ : la complexité anticatégorielle, intracatégorielle et intercatégorielle. Sur le plan théorique, la malléabilité de l'intersectionnalité reflète la fluidité de ses sujets d'étude (May, 2015) et lui a permis de se déplacer vers d'autres disciplines et d'autres contextes géographiques (Hancock, 2016). En effet, depuis la publication des articles de Crenshaw (1989, 1991), centrés sur l'intersection de la race, du genre et de la classe, les chercheuses et les activistes ont élargi et approfondi l'intersectionnalité, afin d'inclure davantage de lieux d'oppression dans l'analyse, en faisant voyager le concept à la fois entre les disciplines et au-delà des frontières étasuniennes, ce qui a conduit à des débats théoriques et normatifs au sein de

l'approche. La perspective intersectionnelle est une approche plurielle qui dépasse les frontières disciplinaires et dont les niveaux d'analyse permettent l'adoption d'une analyse multiscalaire des lieux de pouvoir et de domination.

Pour certain.e.s, l'intersectionnalité tire profit de ces mouvements. Pour Carbado et al., cela montre que la théorie « n'est jamais terminée, ni épuisée par ses articulations ou mouvements antérieurs ; elle est toujours déjà une analyse en cours » ([traduction libre]), ce qui permet une application constante de l'intersectionnalité à des endroits inexplorés, en précisant que « l'intersectionnalité est ce que fait l'intersectionnalité » (2013 : 304-305 [traduction libre]). Cela est également confirmé par la tentative de Lutz de présenter 14 « lignes de différences », tout en reconnaissant que la liste n'est « en aucun cas complète » et que d'autres catégories doivent être ajoutées à l'analyse (Yuval-Davis, 2006 : 202). Cependant, d'autres mettent en garde contre une dilution des objectifs initiaux de l'intersectionnalité et la reconnaissance de son origine (Carastathis, 2013 ; Bilge, 2013) : « it is a long-standing debate within intersectionality theory as to 'whether intersectionality should be limited to understanding individual experiences, to theorizing identity, or whether it should be taken as the property of social structures and cultural discourses » (Davis, 2008 : 68).

Au-delà de l'élargissement et de la diversification de l'intersectionnalité, le concept est marqué par un autre débat qui peut être interprété comme le débat agence/structure propre à la théorie, puisque certain.e.s postulent que l'intersectionnalité se concentre sur l'identité tandis que d'autres se concentrent sur la structure. Cette dernière, l'intersectionnalité structurelle, concerne « les façons dont la situation des femmes de couleur à l'intersection de la race et du genre rend notre expérience réelle de la violence domestique, du viol et de la réforme corrective qualitativement différente de celle des femmes blanches » (Crenshaw, 1993 : 3 [traduction libre]). Enfin, des recherches plus récentes (voir Carbado, 2013) remettent en question le potentiel de l'intersectionnalité appliquée aux identités considérées comme privilégiées, « bien que ces identités, comme toutes les identités, soient toujours constituées par les intersections de multiples vecteurs de pouvoir » (Nash, 2008 : 10 [traduction libre]). En effet, certaines recherches plus récentes postulent qu'il est possible de

mobiliser l'intersectionnalité pour aborder les identités privilégiées, ou encore les réalités propres à un groupe vivant un seul niveau d'oppression, plutôt que se situant à l'intersection de deux ou plusieurs lieux d'oppression.

À travers les années, l'intersectionnalité s'est donc à la fois affinée, élargie et déplacée. Malgré ces évolutions, alimentées par les écrits, réflexions et actions, plusieurs débats persistent et l'approche est toujours en évolution. Le potentiel analytique de l'intersectionnalité n'est donc pas pleinement mesuré.

### 1.3.3 La justice reproductrice : l'approche intersectionnelle du contrôle des corps reproductifs

Développé à partir de 1994 par des groupes de femmes racisées reprochant au discours dominant sur le contrôle des corps d'être trop individualiste et centré sur l'accès à l'avortement (Price, 2010 : 42 ; Hooton, 2005 : 60), le concept de justice reproductrice s'inscrit dans une analyse intersectionnelle de la santé reproductive. Les critiques dénotaient que le mouvement pro-choix s'appuyait sur un discours ancré dans les expériences d'un petit groupe de femmes ayant le privilège et les capacités de faire ces choix et de les mettre en application (Price, 2010 : 45-46 ; Hooton, 2005 : 65-66). Si le terme « politiques de reproduction [reproductive politics] » permet, pour Solinger, de souligner et de remettre en question les dynamiques de pouvoir au centre des débats sur les droits reproductifs (2005 :2), le mouvement pour la justice reproductrice dénonce toutefois l'omission des réalités des femmes pour qui le « choix » était ancré dans des dynamiques de discrimination et d'oppression différenciées. Par exemple, suite à la décision dans *Roe v. Wade*, la National Black Feminist Organization a demandé la fin de la stérilisation forcée des femmes pauvres racisées. Reprenant le vocabulaire du choix, les militantes de l'organisation posent la question de la définition du « choix » pour les femmes de couleur, et surtout les femmes pauvres de couleur, soulignant notamment la couverture des frais reliés à la stérilisation, mais pas de l'avortement par les assurances publiques (Solinger, 2005 : 193-194). En ce sens, le développement de la justice reproductrice s'inscrit également dans un contexte sociohistorique spécifique où la reproduction des femmes des minorités ethnoculturelles était dévaluée, voire présentée en termes de menace. Conséquemment, la justice reproductrice découle d'une affirmation des femmes de

couleur qu'elles ont le droit d'être actives sexuellement, d'être fertiles, d'être les parents de leurs enfants et de contrôler leur fertilité (Ross et Solinger, 2017).

Le mouvement soulevait également la problématique de l'ancrage de *Roe v. Wade* dans le droit à la vie privée qui impliquait un désengagement gouvernemental problématique pour les femmes à faible revenu (Hooton, 2005 : 69). Grâce à une application de l'analyse intersectionnelle au domaine de la santé, la justice reproductrice permet d'aborder des enjeux politico-sociaux auxquels la recherche féministe de seconde vague ne peut répondre en raison de ses limitations épistémologiques et ontologiques. Dès lors, la justice reproductrice n'est pas une simple substitution linguistique au « droit à l'avortement ». Plutôt le concept de justice reproductrice est « une façon différente de conceptualiser la liberté reproductive qui est plus large que ses prédécesseurs » (Price, 2010 : 62 [traduction libre]). Ainsi, l'*Asian Communities for Reproductive Justice* propose la définition suivante pour le terme :

[reproductive justice is] the complete physical, mental, spiritual, political, economic, and social well-being of women and girls, and will be achieved when women and girls have the economic, social and political power and resources to make healthy decisions about our bodies, sexuality and reproduction for ourselves, our families and our communities in all areas of our lives (dans Price, 2010: 43)

La justice reproductrice repose sur trois piliers permettant d'aborder les besoins de toutes les femmes et de travailler pour la défense de l'accès collectif au droit de contrôle de son corps (Petchevsky, 1984 : 396) : (1) le droit à l'avortement; (2) le droit d'avoir des enfants; et (3) le droit d'éduquer ses enfants (Price, 2010 : 43).

La justice reproductrice ne considère pas la santé reproductive comme étant isolée des autres dynamiques sociales. Elle permet plutôt de souligner l'importance de lier la santé reproductive aux autres droits et enjeux de justice sociale (Price, 2010). Les choix et soins accessibles pour les femmes en matière de santé reproductive dépendent toujours des ressources disponibles (ou indisponibles) (Ross et Solinger, 2017:11) et ces ressources, notamment le statut socioéconomique, ainsi que les discours dominants à différents moments de l'histoire, influencent la perception et la

définition de la grossesse d'une femme (Solinger, 2005 :1). Tout comme l'intersectionnalité, la justice reproductrice est également ancrée dans un mouvement social et porteuse de revendications, notamment qu'une gestion autonome, digne et sécuritaire de sa fertilité et sa parentalité constitue un droit humain (Ross et Solinger, 2017). Ainsi, l'égalité des choix reproductifs nécessite la possibilité pour toutes d'avoir des enfants ou non, et ne pourra être atteinte que lorsque la santé reproductive sera abordée dans un continuum avec les enjeux de logement, de salaire, d'environnement, d'emploi, d'éducation et de relations humaines.

En se détachant de la question du simple choix individuel, la justice reproductrice attire également l'attention sur les impacts sur les femmes et leurs communautés entières des lois encadrant la sexualité et la reproduction (Ross et Solinger, 2017). Ainsi, des récits individuels peuvent également être des récits collectifs : l'absence de services adéquats a structuré l'expérience vécue par des générations de femmes de couleur et leurs communautés (Ross et Solinger, 2017 : 17), et continue d'influencer la perception de l'accès aux services ou de la qualité des soins offerts.

Ainsi, la justice reproductrice, dont le développement est parallèle à l'intersectionnalité, permet une application plus fine et directe de l'approche intersectionnelle au cadre de la santé reproductrice.

### 1.3.4 Incorporer l'intersectionnalité à la géographie et la géopolitique féministe

Bien que les géographes féministes aient une influence croissante au sein de la géographie, le domaine reste dominé par des théories politiques abstraites et universalisantes (Bartos, 2019). Néanmoins, les chercheuses en géographie féministe ont fait d'importantes contributions à la discipline, notamment par une intégration accrue de l'intersectionnalité à leurs travaux. Alors qu'à la fin des années 1990, le genre restait la principale lentille à travers laquelle les injustices et les oppressions étaient analysées, certain.e.s ont commencé à se pencher sur le potentiel de l'intersectionnalité pour le domaine de la géographie (Mollett et Faria, 2018). Pratt et Hanson ont suggéré que « voir la géographie comme centrale dans la construction de la différence ouvre des voies pour construire des affinités féministes » (1994 : 6). En 2007, Valentine « a formellement mis l'intersectionnalité sur la carte des géographies féministes » (Brown, 2012 : 542 [traduction libre]). À travers ses recherches et ses écrits, elle démontre l'importance de l'espace dans la

spécificité des expériences des dimensions des identités - et le manque de reconnaissance, à cette époque, de la spatialité par les penseurs de l'intersectionnalité. Bien que certaines études antérieures à celle de Valentine aient proposé des analyses incluant un cadre intersectionnel (par exemple Sanders, 1990 ; Pratt, 1999), « le débat spécifique sur l'intersectionnalité en tant que concept n'a pas encore eu lieu en géographie malgré ses connotations spatiales évidentes » (Valentine, 2007 : 13 [traduction libre]). Le travail de Valentine souligne comment l'intersectionnalité peut être un outil important pour les géographes féministes dans la compréhension des « connexions intimes entre la production de l'espace et les productions systématiques du pouvoir » (2007 :19 [traduction libre]). Préalablement à ces travaux, certaines études se sont penchées sur les questions relatives à l'intersectionnalité, mais uniquement à travers une analyse limitée de certaines oppressions, « plutôt que d'aborder toutes les implications de la théorisation de l'intersectionnalité » (Valentine, 2007 : 14 [traduction libre]). Un an plus tard, McDowell (2008), en dialogue avec Valentine, a poussé ces idées plus loin pour s'engager dans la spatialité de la « variabilité de l'expérience » (Wright, 2010 : 61).

Depuis quelques décennies, l'intersectionnalité a été lentement intégrée – explicitement et implicitement (Mollett et Faria, 2018) – au sein de la géographie féministe – et plus récemment de la géopolitique féministe. L'intersection du genre, du sexe et du lieu reste dominante dans les études de géopolitique et de géographie féministes (Johnston et Longhurst, 2010 ; Brown, 2012), de manière à comprendre la « construction mutuelle des corps, des lieux et des espaces genrés et sexués » (Johnston, 2018 : 559 [traduction libre]). Cependant, des recherches plus récentes ont reconnu que les corps ne sont pas seulement genrés, mais aussi définis par d'autres marqueurs identitaires et qu'ils vivent donc différemment les dynamiques géopolitiques : « it is through the differential positioning of bodies in different assemblages of things – and the very different representations of different sorts of bodies in these assemblages – that different capabilities and prospects emerge » (Sharp 2020, 6). Bien qu'elles ne soient pas prédominantes, les études intersectionnelles en géographie contribuent à la reconnaissance des relations entre le genre, l'espace et d'autres dynamiques d'oppression (Mollett et Faria, 2018) à travers des recherches sur le travail et l'emploi (Reimer, 2009 ; Gilbert, 1998), le travail du « care » (Raghuram, 2019) et le travail domestique (Stiell et England, 1997), sur la migration (Mountz, 2004 ; Bissonnette, 2020), la citoyenneté (Ong, 1999) et les frontières (Mountz et Hyndman, 2006), et sur le capitalisme

mondial (Nagar et al., 2002). Ce faisant, les géographes sont en mesure d'analyser comment les oppressions peuvent être « ici » et « là-bas », comme on le voit avec la nationalité et les attributs nationaux stéréotypés, et qu'elles sont produites, reproduites et maintenues « à travers différentes échelles spatiales » (McDowell, 2008 : 496 [traduction libre]). Ces études contribuent également à redéfinir le pouvoir et l'impuissance dans la mesure où elles transcendent la dimension dualiste de la représentation traditionnelle du pouvoir en ce qui concerne la spatialité, en défendant, comme Gilbert, qu'aucune spatialité n'est avec ou sans pouvoir, ce dernier étant compris comme une « multiplicité de relations sociales interconnectées, mutuellement transformatrices et spatialement constituées » (1998 : 596 [traduction libre]). Enfin, elles déconstruisent l'idée que les femmes forment un groupe homogène, ce qui conduit à une révision de certaines théories et concepts, comme les conclusions des études mobilisant le concept de « piège spatial (« spatial entrapment ») » (Gilbert, 1998).

Cependant, peu de ces recherches ont pris des mesures pour contribuer aux développements théoriques et méthodologiques de l'intersectionnalité. Celles de Rodó-de-Zárate offrent toutefois une telle contribution, grâce à l'utilisation de « relief maps », qui permettent une « nouvelle façon de collecter, d'analyser et d'afficher les données intersectionnelles » (2014 : 925 [traduction libre]) car elles représentent visuellement « l'expérience générée par les structures de pouvoir » (2014 : 929 [traduction libre]) sans représentation visible de la position d'une personne. Les lieux où ces structures de pouvoir sont vécues sont classés en quatre catégories continues : les lieux d'oppression, les lieux d'introspection controversée, les lieux neutres et les lieux de soulagement. En plus de la dimension géographique, cette cartographie ajoute une dimension psychologique, mais ne conceptualise pas le corps comme un lieu. En outre, le numéro spécial de *Politics and Space* édité par Faria et al. offre une collection d'articles basés sur des travaux féministes intersectionnels examinant « comment diverses formes de pouvoir et de domination raciales, via le nationalisme, le nativisme, la xénophobie et l'anti-« Blackness », s'imbriquent pour façonner les expériences et les réalités matérielles des individus et des communautés » et situant le pouvoir dans les espaces quotidiens (2020 : 4 [traduction libre]).

\*\*\*

Cette revue de la littérature soulignant l'évolution des deux approches a permis de relever cinq conclusions principales relatives à la relation entre l'intersectionnalité et la géopolitique féministe. Premièrement, alors que les géographes féministes incluent de plus en plus l'intersectionnalité dans leurs recherches, contribuant ainsi à la compréhension des relations entre territoire/espace et oppressions, très peu d'articles théorisent l'intersectionnalité au sein de la géopolitique ou contribuent aux développements théoriques et méthodologiques de l'intersectionnalité. Inversement, très peu d'études intersectionnelles utilisent des concepts géographiques ou géopolitiques. Il y a donc peu d'études intersectionnelles se concentrant sur le rôle du lieu et/ou de l'espace. Cela conduit, deuxièmement, à une lacune dans la littérature sur les relations entre territoire/pouvoir/corps, car ces derniers, bien que pris en compte par la géopolitique féministe, ne sont pas étudiés en relation avec dans des dynamiques d'oppressions plus larges. Les corps sont sexués, mais ne sont pas nécessairement considérés par rapport aux autres lieux d'oppression qui les marquent, ou dans une analyse plus macro qui reconnaît les dynamiques systémiques plus larges de l'aspect « pouvoir ». Troisièmement, alors que l'intersectionnalité peut se concentrer soit sur les politiques identitaires, soit sur les oppressions systémiques, il existe un corpus croissant de littérature tenant compte de la spatialité et reconnaissant de celle-ci comme espace d'oppression. Quatrièmement, bien que le terme lui-même n'est pas souvent utilisé, beaucoup reconnaissent les contributions potentielles de l'intersectionnalité – ou l'utilisent sans nommer l'approche ni reconnaître sa théorisation et son histoire. Finalement, un examen de la littérature sur la géopolitique et l'intersectionnalité permet toutefois d'entrevoir les liens potentiels entre les deux, tant sur le plan épistémologique et ontologique, que dans une analyse méthodologique, où l'héritage de la géographie critique radicale (voir notamment Bunge, 1979) en géopolitique féministe, qui prône une approche préconisant non seulement une analyse du monde, mais également une implication du/de la chercheur.euse pour le changer, rejoint l'origine mixte de l'intersectionnalité, entre approche théorique et pratique activiste.

#### 1.4 Les lieux de rencontre de l'intersectionnalité et de la géopolitique féministe

À partir d'une analyse documentaire approfondie de l'intersectionnalité, de la géopolitique et de la géographie féministes – ainsi que des liens entre les deux – trois concepts transversaux ont été

identifiés et permettent de croire qu'un cadre géopolitique intersectionnel pourrait être développé et mener à des études essentielles pour les études de genre et la géopolitique se penchant sur l'accès aux soins de santé : la spatialité, l'(im)mobilité et le corps.

#### 1.4.1 La spatialité

Le premier concept qui est commun à l'intersectionnalité et la géopolitique féministe est la spatialité. Pour la géopolitique, il n'est pas surprenant que ce concept soit central, puisque la géopolitique étudie la relation entre le territoire et le pouvoir. En outre, « depuis Henri Lefebvre, les géographes comprennent que l'espace est à la fois produit par et producteur d'identités et de relations sociales plus larges » (Curran, 2006 : 381 [traduction libre]), l'espace étant défini comme politique (Elden, 2007). Les espaces et les lieux sont des « contextes par lesquels et dans lesquels les identités sont produites » (Curran, 2006 : 381 [traduction libre]). L'espace est donc central à la géopolitique féministe (Mollett et Faria, 2018), qui reconnaît l'importance de diverses lois spatiales dans l'articulation de situations politiques (Sharp, 2004 : 93), liant espace et pouvoir. Plus précisément, la géopolitique féministe démontre comment les relations spatiales sont constituées par et constitutives des identités sexualisées – et montrent comment l'espace « peut être utilisé par les groupes dominants pour imposer des constructions hégémoniques de la sexualité et par les groupes opprimés pour résister » (Curran, 2006 : 397 [traduction libre]). Comme l'a démontré la revue de la littérature, la spatialité – et la manière dont le pouvoir façonne et influence les espaces et les lieux – a été – et reste – au cœur des recherches en géopolitique féministe, de la migration et la citoyenneté à la sexualité et la santé.

D'autre part, l'intersectionnalité est un concept spatial par nature. Dès les premiers balbutiements de l'approche, des métaphores spatiales ont été utilisées pour décrire et théoriser l'intersectionnalité : du « carrefour » et des « marges » de Crenshaw aux « périphéries » et aux « textures multicouches » du Combahee River Collective, les mots utilisés pour illustrer ces phénomènes abstraits sont ancrés dans la spatialité. L'approche réfléchit donc à la spatialité et à l'espace, puisque les différences sont décrites comme étant situées « non pas dans les espaces entre

les identités, mais dans les espaces internes » (Valentine, 2007 : 12 [traduction libre]). Ici, la race est définie « comme un mode de pouvoir intrinsèquement géographique » en ce qu'elle « opère différemment à travers l'espace » (Sircar, 2022 : 4 [traduction libre]). Prenant la relation entre espace(s) et identité(s) dans l'autre sens, Gilbert postule que « la conceptualisation particulière de l'espace contribue à la façon dont nous construisons et représentons la différence » (1997 : 32 [traduction libre]). Ainsi, les spatialités de l'intersectionnalité sont doubles, les représentations de l'espace influençant la façon dont les différences sont perçues, et les différences ayant un impact sur la façon dont les espaces sont vécus. De plus, à travers son développement, l'intersectionnalité a voyagé : son application est ainsi à la fois pertinente à l'échelle internationale, mais a également acquis, à travers ses déplacements, une dimension spécifique au lieu (Mollet et Faria, 2018 : 571), notamment par le biais de définitions des oppressions et du pouvoir ancrées dans des aspects, significations ou représentations plus locaux. Enfin, en exposant les différents axes de domination/oppression, l'intersectionnalité cartographie les différences et les expériences vécues (Crenshaw, 1991 ; Valentine, 2007 ; Rodó-de-Zárate, 2014). La relation de l'intersectionnalité avec l'espace peut souvent être négligée (Valentine, 2007), mais en tant qu'approche axée sur les relations de pouvoir et l'exclusion sociale, l'intersectionnalité est spatiale, car « le pouvoir opère dans et à travers les espaces dans lesquels nous vivons et nous déplaçons de manière systématique pour générer des cultures hégémoniques qui peuvent exclure des groupes sociaux particuliers » (Valentine, 2007 : 19 [traduction libre]).

Comme mentionné plus haut, la spatialité est importante pour la géopolitique féministe et pour l'intersectionnalité. Ces deux approches théoriques interviennent à de nombreuses échelles, permettent l'inclusion dans l'analyse de l'échelle plus fine qu'est le corps, et visent à s'atteler à la tâche de « comprendre la nature fluide de la façon dont le pouvoir circule entre le global et l'intime » (Dowler et al., 2014 : 347 [traduction libre]) sans rendre les corps invisibles ou simplement les dépeindre comme des victimes passives de processus plus larges. Bien qu'utilisant tous deux la spatialité pour discuter du pouvoir, une géopolitique intersectionnelle permettrait une « appréciation beaucoup plus large de la signification de l'espace dans ces processus de formation des sujets » (Valentine, 2007 : 18-19 [traduction libre]) et une reconnaissance accrue du fait que « des espaces particuliers sont produits et stabilisés par la représentation d'identités

(intersectionnelles) par les groupes dominants lorsqu'ils exercent le pouvoir dans et à travers des espaces particuliers » (Vaiou, 2018 : 580 [traduction libre]). En effet, comme le souligne le travail de Valentine, l'intersectionnalité se concentre souvent sur les capacités des individus à « produire activement leur propre vie », et par conséquent sous-estime la façon dont le pouvoir et les espaces ont un impact sur la « capacité d'une personne à mettre en œuvre certaines identités ou réalités plutôt que d'autres » (2007 : 19 [traduction libre]). De plus, les espaces peuvent être le lieu où les identités sont imposées par les groupes dominants ou bien où ceux à qui ils veulent imposer ces identités résistent, les relations spatiales étant ainsi « constituées par et constitutives des » identités (Curran, 2006 : 397 [traduction libre]). La géopolitique intersectionnelle permet une compréhension simultanée de l'espace, du pouvoir et des oppressions au lieu de traiter ces trois variables indépendamment l'une de l'autre : les lieux ne sont pas uniquement des espaces qui soulignent la « variabilité des relations intersectionnelles », mais contribuent également à leur formation et leur configuration (Rodó-de-Zárate et Baylina, 2018 : 549 [traduction libre]), permettant ainsi une compréhension plus profonde, plus large et plus précise des relations entre l'espace, le pouvoir et les oppressions, du global au corps.

#### 1.4.2 L'(im)mobilité

Deuxièmement, les deux approches sont marquées par et étudient l'(im)mobilité. Dans les travaux en géopolitique féministe, un corpus croissant de littérature se penche sur les (im)mobilités des personnes, que ce soit à travers l'(im)migration, le quotidien (Mountz, 2004 ; Hyndman, 2004), ou les phénomènes économiques qui sont ancrés dans les mobilités à différentes échelles. En s'intéressant aux corps mobiles, la géopolitique féministe explore la manière dont les sujets ne sont jamais complètement fixes dans l'espace (Johnston et Longhurst, 2016 : 46), mettant en évidence la fluidité des mouvements et, à son tour, la manière dont la possibilité de se déplacer sur le territoire est façonnée et vécue différemment selon les espaces géographiques et temporels (Johnston et Longhurst, 2016). En outre, dans sa prise en compte de diverses échelles et de nouveaux espaces de pouvoir, la géopolitique féministe met en évidence la façon dont les enjeux peuvent se déplacer entre les espaces, le temps et les échelles. Pour sa part, l'intersectionnalité peut être liée à la mobilité de deux manières centrales. D'une part, à travers l'étude des divers axes

d'oppression, les travaux adoptant une approche intersectionnelle s'intéressent de plus en plus à l'immigration (Bilge, 2010), notamment à la manière dont le statut migratoire affecte les mobilités (Bissonnette, 2020), les fractures rurales/urbaines (Pruitt et Vanegas, 2015), et la possibilité de se déplacer au sein d'espaces spécifiques ou selon l'appartenance à des groupes spécifiques (Rodó-de-Zárate, 2014). Ce faisant, les études intersectionnelles reconnaissent comment les diverses oppressions vécues peuvent entraver ou faciliter la mobilité. D'autre part, le concept d'intersectionnalité a beaucoup voyagé entre les disciplines universitaires. Depuis les « Critical Race Studies » et la pensée féministe afro-américaine aux États-Unis, le concept a inspiré de nouveaux travaux scientifiques, s'est déplacé vers de nouveaux espaces géographiques et a été enrichi par la théorisation d'autres axes d'oppression. Ainsi, ne permettant pas uniquement une analyse de la mobilité, l'intersectionnalité est liée au concept en tant qu'il est lui-même mobile.

La géopolitique féministe et l'intersectionnalité s'intéressent de plus en plus aux individus dans les mouvements et à la dynamique de l'espace et du pouvoir, le pouvoir étant compris comme un déplacement entre les espaces. Elles contribuent à notre compréhension des mouvements à différentes échelles et de la manière dont le pouvoir peut affecter l'(im)mobilité d'une personne. Enfin, de manière transversale, les identités sexuées sont également en mouvement (Butler, 1990) :

« continually produced and reproduced, made material through schemes of surveillance, discipline and self-regulation. Gendered identities are never singular or fixed but fluid and complex, often contradictory, reiterative and performative, and so made and remade in social relations in the workplace » (McDowell, 2008 : 497).

Par conséquent, les identités sexuées et genrées dépendent à la fois de l'espace et du temps. Au-delà de la considération des identités genrées, une géopolitique intersectionnelle permet d'aborder les autres marqueurs identitaires comme lieux d'oppression façonnés par l'espace et façonnant l'expérience de l'espace. Les identités de genre et sexuées ne sont ainsi plus les seuls marqueurs identitaires pouvant être considérés en relation à l'espace et au pouvoir.

### 1.4.3 Le corps

Enfin, depuis leur ancrage dans les études de genre, l'intersectionnalité et la géopolitique féministe partagent une reconnaissance du corps sexué comme sujet et objet d'études : « The body is key to comprehending the roots of patriarchy and racialized capitalism as well as the construction of women's social identity through relations of power, history and politics. » (Chattopadhyay, 2018 : 1296).

La géopolitique féministe met en évidence les relations entre les corps, les territoires et la politique, en postulant que les corps sont l'échelle la plus précise des espaces géopolitiques. Ils sont à la fois des lieux territoriaux sur lesquels les États projettent leur pouvoir, et des corps reproducteurs qui se conforment et résistent simultanément aux structures de pouvoir (Calkin, 2019 : 22). Par conséquent, le territoire commence au niveau du corps « à travers lequel nous expérimentons, performons et interprétons la territorialité » (Wastl-Walter et Staeheli, 2004 : 150 [traduction libre]). La géopolitique féministe reconnaît et analyse les expériences corporelles de la géopolitique, les corps étant « porteurs de frontières et de limites socialement délimitées » et de « corporalités vulnérables » (Dixon et Marston, 2011 : 445 [traduction libre]). L'accent mis par la géopolitique féministe sur le corps – et sa construction en tant qu'échelle – a conduit à des travaux dont l'objectif est de rendre visibles les corps autrement invisibilisés et de souligner les impacts des enjeux géopolitiques sur ces mêmes corps (Sharp, 2020). Par exemple, elle a permis d'étudier les angoisses démographiques des États en relation avec les politiques visant à contrôler la reproduction. Au niveau du corps, ces deux dynamiques de pouvoir s'entrechoquent, reliant le global, le national et l'intime, faisant du corps « un site clé de contestation » car « la nature genrée de cette territorialisation met en évidence le corps des femmes en particulier comme territoire contesté » (Smith, 2011 : 456 [traduction libre]).

Un autre exemple est le travail des géographes féministes sur les corps en tant qu'entités dans les mouvements (Longhurst, 1995). Ces corps en déplacement induisent des réactions de la part des États, mettant en lumière les relations de pouvoir, comme celle entre les États et les migrant.e.s (Mountz, 2004). Enfin, les corps en tant qu'échelle géographique ont permis aux chercheurs

féministes d'« explorer les processus mondiaux en tant que phénomènes intimes » (Mountz et Hyndman, 2006 : 451 [traduction libre]). Ainsi, les corps sont un « outil potentiel important pour la géographie féministe pour comprendre les connexions intimes entre la production de l'espace et la production systématique du pouvoir » (Valentine, 2007 : 19 [traduction libre]), car les corps, à travers leurs mouvements, leurs identités, leur positionnalité et leur performativité sont, vivent et produisent le territoire (Smith, 2012).

D'autre part, l'intersectionnalité se concentre également sur les corps et leurs marqueurs identitaires qui influencent la façon dont les individus vivent la vie quotidienne et ses lieux de pouvoir. Elle montre comment les corps sont différemment opprimés et doivent être situés dans des contextes sociaux, culturels et politiques plus larges d'oppression et de contrôle. Ainsi, l'accent mis par l'intersectionnalité sur les corps est double. D'une part, en tant que théorie de l'identité, elle se concentre sur la façon dont les identités sont vécues, expérimentées et incarnées (voir Longhurst et Johnston, 2014), en explorant comment des corps différents vivent des expériences différentes, mais aussi comment le fait d'être situé à l'intersection de divers axes d'oppression est vécu différemment selon les corps dont il est question. D'autre part, l'intersectionnalité, en tant qu'approche structurelle, aborde les corps à une plus grande échelle, en examinant comment ces impacts, vécus de la manière la plus intime, sont également inscrits dans les systèmes d'oppression. L'intersectionnalité contribue donc à la compréhension des oppressions vécues et des politiques du quotidien, mais aussi des dynamiques qui peuvent se situer entre les deux, comme les discours sur l'altérité, qui sont imposés aux corps (Vine et Cupples, 2016). Ceux-ci ne sont pas limités à l'échelle de l'individu, mais sont plutôt inscrits dans les discours politiques, les politiques et les relations globales.

Pour l'intersectionnalité comme pour la géopolitique féministe, le corps est « le lieu principal où se constituent nos identités personnelles et où s'inscrivent les connaissances et les significations sociales » (Valentine, 2001 dans Wastl-Walter et Staeheli, 2004 : 150 [traduction libre]). Le corps constitue donc un espace où le pouvoir est projeté et (re)produit; il est l'entité matérielle par laquelle

les individus expérimentent et vivent le monde extérieur, et à l'inverse, à travers laquelle les individus sont perçus par le monde extérieur (Wastl-Walter et Staeheli, 2004 : 150). Cependant, les expériences et la façon dont une personne est perçue sont soumises aux différentes relations de pouvoir et aux identités (réalisées et construites) associées au corps de cette même personne. L'intersectionnalité, et les recherches en géopolitique féministe qui adoptent une approche intersectionnelle, ont en commun de reconnaître que les identités ont un impact sur la façon dont les corps font l'expérience des espaces, et sur les espaces dans lesquels ces mêmes corps agissent et se déplacent. Par conséquent, « le corps intime n'est pas seulement différencié, il est particularisé » (Pratt et Rosner, 2012 : 10 [traduction libre]) : il est à la fois marqué par des identités et performe des identités (Dowler et Sharp 2001), tout en se voyant attribuer ce que Sircar appelle « l'inscription géographique » (2022 : 14 [traduction libre]), c'est-à-dire ces affiliations associées à des individus en fonction de diverses qualités, comme la façon de parler ou de s'habiller.

Alors qu'à l'heure actuelle, la plupart des études ancrées dans une approche intersectionnelle se concentrent sur les individus opprimés, le concept, à travers ses déplacements, est lentement considéré comme un outil utile pour étudier les individus se trouvant à l'autre extrémité du continuum – ceux dont les identités sont privilégiées, « normalisées ». Conséquemment, une géopolitique intersectionnelle permettrait également d'explorer comment « les corps (puissants) font activement de la géopolitique » (Sharp, 2020 : 3). Cela permettrait d'élargir les études en géopolitique féministe dont le focus actuel est davantage axé sur les situations « où une géopolitique (puissante) est imposée à des corps (faibles) » (Sharp, 2020 : 3), en raison de son centre d'intérêt sur l'intime et ses liens au global. À travers cet élargissement potentiel des dynamiques de pouvoir-territoire-corps, il est possible de deviner un potentiel d'analyse reliant le lieu, l'espace et les corps individuels, où les identités et les positions de ces derniers peuvent fluctuer et être abordé indépendamment de l'imposition du pouvoir sur ceux-ci.

### 1.5 Vers une géopolitique intersectionnelle : appliquer les approches à l'accès aux soins de santé reproductive des femmes latino-américaines résidant aux États-Unis

Ainsi, tant pour la géopolitique féministe que pour l'intersectionnalité, la spatialité, la mobilité et le corps sont des concepts importants, notamment lorsqu'il s'agit d'examiner les relations de

pouvoir et les expériences vécues par les personnes. Cependant, si ces deux approches peuvent déjà être définies par ces concepts, elles peuvent également bénéficier de la définition et de l'utilisation de ceux-ci par l'autre. L'intersectionnalité peut bénéficier de la focalisation de la géopolitique féministe sur l'espace, tandis que la géopolitique féministe peut bénéficier du travail de l'intersectionnalité sur les identités et les systèmes d'oppression. Cependant, plus qu'une simple intégration de la définition conceptuelle de l'autre à son cadre, nous suggérons qu'une géopolitique intersectionnelle serait bénéfique à d'autres recherches, notamment sur les manifestations du pouvoir et les (im)mobilités.

#### 1.5.1 La géopolitique intersectionnelle pour situer les corps et étudier les manifestations de pouvoir dans l'accès aux soins de santé reproductive

Alors que Brickell plaide pour une reconnaissance du domicile comme « un lieu physique et comme un imaginaire » (2012 : 586 [traduction libre]), nous postulons que la géopolitique intersectionnelle peut s'appuyer sur une conception du corps comme étant à la fois un objet/sujet physique sur lequel le pouvoir est projeté et comme un imaginaire, construit en termes de ce qui est constitué comme « normal », « sûr » et « acceptable », et donc marqué par des discours, des pratiques et des politiques, ainsi que par la territorialité. Par conséquent, plutôt que de reconnaître parfois la spatialité dans les études intersectionnelles ou les dynamiques intersectionnelles dans la géopolitique féministe, la géopolitique intersectionnelle postule une reconnaissance et une considération constantes de la façon dont le pouvoir, et les oppressions qui en découlent, sont géopolitiques.

Comme le proposent Staeheli et Kofman, « il existe des géographies dans la manière dont la différence est structurée et vécue et des luttes politiques qui y répondent » (2004 : 9 [traduction libre]). Dès lors, la géopolitique intersectionnelle permet de reconnaître la fluidité des relations de pouvoir lorsque les personnes se déplacent à travers les espaces et les échelles. Le pouvoir n'est pas fixé dans un espace ou limité à des sites spécifiques, mais est plutôt souvent référencé comme étant une « toile » (« web of power ») (Staeheli et Kofman, 2004), reliant les espaces, les expériences, les individus, les organisations, et plus encore. Parallèlement à cette image de liaison, la métaphore de la toile renvoie également à une image de piège, en ce sens que le pouvoir y est

omniprésent, et qu'il est impossible d'y échapper. Une conception du pouvoir comme étant diffus exige que l'on se concentre davantage sur la façon dont il est également incarné. Ainsi, lorsque les gens se déplacent entre et à travers les espaces, ils se déplacent également à travers des réseaux de pouvoir qui conditionnent leur corps et qui ont un impact sur leur capacité à exprimer et mettre en valeur certaines identités (Vaiou, 2018). Ces fluctuations sont influencées par les dynamiques de pouvoir et la (re)définition locale/nationale de certaines identités comme non/méritantes, a/normales, non/sûres. Par conséquent, en se concentrant sur les relations entre le pouvoir, l'espace et l'identité, la géopolitique intersectionnelle s'attaque à la « contingence et au caractère situé des modes de fonctionnement du pouvoir » (Vaiou, 2018 : 581).

La géopolitique intersectionnelle permet ainsi d'aborder les relations de pouvoir à l'échelle du corps, qui est territorialisé et situé à travers les différents lieux de pouvoir. Conséquemment, par le biais d'une compréhension de l'articulation spatiale des lieux de pouvoir et d'oppression, la géopolitique intersectionnelle permet de s'attarder aux expériences et aux lieux autrement évacués des études en géopolitique et de faire appel à une dimension spatiale et géographique souvent absente dans les études intersectionnelles.

### 1.5.2 La géopolitique intersectionnelle pour aborder l'accès aux soins de santé

La mobilisation d'une approche de géopolitique intersectionnelle pour aborder l'accès aux soins de santé reproductive des femmes latino-américaines permet de s'intéresser à l'individualité du corps et à la manière dont il est positionné dans divers espaces, mais plus spécifiquement, à la jonction des deux : comment la positionnalité des corps individuels conduit à des expériences différentes du pouvoir et de l'espace.

Conséquemment, l'approche de géopolitique intersectionnelle sera mobilisée dans le cadre de la présente thèse afin d'aborder deux dynamiques modulant l'accès aux soins des femmes latino-américaines, soit le statut migratoire et la mobilité, à travers les dynamiques spatiales (de positionnement géographique) et d'identités.

Au niveau du statut migratoire, la géopolitique intersectionnelle reconnaît les impacts des constructions discursives sur les corps. Dans un monde de plus en plus cloisonné, les identités des individus – et plus encore la façon dont elles sont construites par les autres et interprétées par soi-même – ont un impact profond sur la façon dont les corps sont considérés lorsqu'ils voyagent dans des espaces et traversent des frontières. Aux frontières, les corps sont « disciplinés » (Mountz et Hyndman, 2006 : 451), et les identités projetées sur les corps suivent les individus lorsqu'ils se déplacent à l'intérieur du territoire de l'État-nation, en raison notamment du statut d'immigration. Or, l'immigration est de plus en plus contrôlée au-delà de la ligne frontalière, par la mise en œuvre de lois restrictives et la multiplication des discours déshumanisant les personnes non documentées. Conséquemment, les corps racialisés, sexués et sexualisés sont positionnés sur un spectre de menaces potentielles basé sur la façon dont leurs marqueurs individuels sont perçus et construits dans les discours. Les contrôles migratoires sont de plus en plus transposés sur les corps : ils s'inscrivent dans celui-ci et sont imposés différemment en fonction des marqueurs identitaires de chaque personne et dépendent également de la manière dont les menaces sont construites dans des espaces spécifiques. Cette internalisation et individualisation des contrôles migratoires affecte le quotidien à la fois des personnes à statut migratoire précaire, mais également les perceptions et le quotidien de celles et ceux qui correspondent à l'image construite de « l'Autre » et qui sont perçus.e.s comme potentiellement non citoyen.ne.s. Ainsi, selon la façon dont ils se déplacent entre les espaces, les corps peuvent être rendus hypervisibles ou invisibles et hypermobiles ou immobiles par les autorités et le pouvoir politiques (Mountz, 2011 : 385). La géopolitique intersectionnelle souligne comment le statut migratoire influence l'expérience du quotidien dans différents sites géographiques et à travers des espaces, car les mesures mises en œuvre pour contrôler davantage l'immigration créent des espaces équivalents à la frontière au plus profond du territoire d'un État, multipliant ainsi les sites de contrôle (Coleman 2009), de surveillance et de mobilité restreinte en fonction du statut d'immigration, mais aussi d'autres marqueurs identitaires qui sont associés aux personnes non documentées dans les discours.

Ensuite, sur le plan du positionnement géographique, la géopolitique intersectionnelle permet une analyse des mobilités, lesquelles sont essentielles à l'accessibilité aux soins et à la perception d'accessibilité chez les patientes. Premièrement, les mobilités individuelles sont influencées par de nombreux facteurs, comme la capacité d'accéder aux transports, la possession d'une voiture ou le

fait de détenir les autorisations/papiers nécessaires pour être mobile. Cependant, plus que de simples conditions de mobilité, ces facteurs sont influencés par l'identité. En plus d'être plus ou moins visibles en raison de la race, du sexe, de la classe, de la sexualité, des capacités physiques et de la citoyenneté, les corps sont également rendus plus ou moins mobiles par ces mêmes marqueurs. Inscrits sur le corps, les marqueurs d'identité, en tant que manifestations visibles du pouvoir (Pratt 1999), modulent la façon dont on peut voyager et exister dans les espaces, situant les corps sur une échelle hypermobile/immobile où « les frontières biopolitiques sont tracées à la hâte autour du corps » (Agamben 1998 : 164). Qu'il s'agisse de flux transfrontaliers ou de mouvements quotidiens, les mobilités sont essentielles à la capacité des individus de travailler, socialiser et survivre, ce qui rend notre compréhension de ce qui facilite et de ce qui entrave le mouvement essentielle pour aborder la relation entre territoire-pouvoir-corps. Cependant, les corps ne peuvent être homogénéisés. Ensuite, la capacité d'une personne à se déplacer dans un lieu affecte la manière dont les espaces sont compris par les individus (Staeheli et Kofman 2004 : 9). Cependant, cette capacité à se déplacer est, comme dans le cas des mouvements à travers les frontières ou dans les espaces quotidiens, façonnée par des marqueurs d'identité et des oppressions. Ceux-ci influencent à leur tour la manière dont les espaces sont appréhendés, vécus et compris par les individus. Comme le postulent les recherches de Rodó-de-Zárate sur la façon dont les gens font l'expérience de divers espaces en relation avec les oppressions qu'ils vivent, « le lieu est considéré comme fondamental pour l'analyse des relations de pouvoir et de la façon dont (et où) les oppressions sont subies et transgressées » (2014 : 927 [traduction libre]). La capacité à se déplacer entre les espaces peut donc être une stratégie pour alléger le fardeau et les conséquences des lieux où les oppressions sont accentuées, mais peut également contribuer à notre compréhension de la façon dont les identités multiples d'une personne lui permettent d'avoir une mobilité variable, car différentes identités peuvent être traitées différemment dans des lieux spécifiques. Par conséquent, la géopolitique intersectionnelle nous permet de mieux comprendre et appréhender l'espace, et inversement, de mieux saisir comment l'espace est produit en relation avec les relations de pouvoir. Analyser les mobilités individuelles à travers une géopolitique intersectionnelle permet également d'identifier non seulement les espaces où la mobilité est contrainte, mais aussi comment la spatialité et la mobilité sont utilisées comme des outils d'autonomisation (Bissonnette et Vallet 2017), pour reprendre le pouvoir sur sa vie, son destin ou son corps.

\*\*\*

Malgré une légalisation du droit à l'avortement en 1973 porté par un objectif d'aplanissement des disparités géographiques, l'accès à l'avortement demeure un enjeu social saillant aux États-Unis. Bien que constituant 25% des patientes ayant recours à la procédure, l'expérience des femmes latino-américaines est souvent invisibilisée, perpétuant les obstacles à l'accès. L'accès aux soins de santé est un enjeu à la fois politique et territorial. Le positionnement géographique d'un individu module, influence et façonne son accessibilité aux soins et sa perception d'accessibilité à ces mêmes soins. Or, les impacts de ce positionnement sont également variables, à leur tour exacerbés ou atténués par les marqueurs identitaires des corps en mouvement et en quête d'accès aux soins. Ces corps vivent des discriminations variées en fonction de la construction sociale associée aux marqueurs identitaires que sont le genre, l'âge, l'origine ethnoculturelle, la langue, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique et le statut migratoire. Conséquemment, la présente thèse s'inscrit dans une approche de géopolitique intersectionnelle afin de pleinement prendre la mesure des dynamiques politiques et territoriales qui influencent l'accès aux soins de santé pour les femmes latino-américaines. Ce cadre analytique permettra d'aborder les expériences, perceptions et croyances des participantes à travers une représentation de l'accès aux soins sur un continuum, plutôt qu'en binarité d'accès et de non accès, et comme étant simultanément un enjeu politique, territorial et identitaire.

## CHAPITRE 2

### UN DROIT À GÉOGRAPHIE VARIABLE. L'ÉTUDE DE QUATRE ÉTATS AFIN D'ABORDER LES PERCEPTIONS ET EXPÉRIENCES DE L'AVORTEMENT

Ces enjeux d'accessibilité des services de santé reproductive ne sont pas circonscrits à quelques États, mais affectent plutôt une majorité des États-Unis. Toutefois, tel qu'évoqué, les dynamiques politiques locales influencent la façon dont les politiques entourant l'avortement sont rédigées, adoptées et mises en œuvre, créant ce paysage géographiquement fractionné. Afin d'aborder les impacts de ces politiques en matière d'accès à l'avortement, il s'agit, dans cette thèse, de mener une analyse qualitative basée sur des cas d'études et une méthodologie mixte. L'utilisation de cas d'études, au nombre de quatre, partageant des caractéristiques et représentant également différents espaces géographiques permettent d'aborder plus d'une échelle d'analyse. S'appuyant sur une recherche documentaire, une étude des cadres législatifs et des décisions juridiques entourant l'accès à l'avortement aux États-Unis et dans les quatre États étudiés (la Californie, New York, la Pennsylvanie et le Texas), ainsi que sur une enquête de terrain basée sur un questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées, les cas d'études permettront d'aborder les dynamiques migratoires, culturelles et politiques affectant l'accessibilité des services.

Le présent chapitre offre d'abord une définition des concepts centraux de la thèse avant d'explicitier la méthodologie adoptée afin de répondre à la question de recherche.

#### 2.1 Cadre conceptuel et définitions

L'avortement – et plus largement les soins de santé reproductive – est un sujet hautement politisé, polarisant et tabou dans le contexte étasunien. Conséquemment, plusieurs termes utilisés peuvent découler d'un choix linguistico-idéologique, alors que d'autres ont été redéfinis par les approches théoriques critiques centrales à la présente thèse. La prochaine section vise donc à définir les concepts centraux à la thèse, à savoir ceux de *latino-américain.e.s*, d'*avortement* ou *interruption volontaire de grossesse*, de *santé reproductive*, de *migrante non documentée*, de *positionnement géographique*, du *fardeau indu*, de *système d'oppression* et des *lieux d'oppression*.

### 2.1.1 Définitions des concepts liés à la santé reproductive

En adéquation avec son ancrage intersectionnel, la présente thèse adopte l'approche de la **justice reproductrice** dans son analyse de l'accès aux soins de santé reproductive. En ce sens, bien qu'abordant plus spécifiquement l'accès à l'avortement, la thèse se distancie du discours pro/anti-choix, car il renforce la conception de l'avortement comme étant un choix uniquement influencé par le cadre législatif et juridique applicable. Or, une analyse intersectionnelle met en lumière la pluralité des forces influençant l'accessibilité de la pratique : si pour certaines l'accès à l'avortement est un « choix » influencé uniquement par les lois en vigueur, pour d'autres, l'interruption d'une grossesse n'est pas un « choix », soit parce que l'interruption est inaccessible (pour des raisons financières, de mobilité, ou autres) ou parce que c'est la seule option possible (pour des raisons financières ou autres). Ainsi, afin de distinguer les positions idéologiques quant à l'avortement, la présente thèse utilisera les termes « en faveur de l'accès » ou « opposé au droit à l'avortement ».

Ensuite, il est entendu dans cette thèse qu'un **avortement – ou interruption de grossesse** – est défini comme étant l'interruption volontaire de la grossesse (IVG), à la demande de la personne enceinte, peu importe la ou les raisons motivant décision. Il est également entendu que l'interruption de grossesse peut être réalisée par voie de médicaments ou d'instruments, ou par la combinaison des deux méthodes. Qui plus est, le terme « **avortement-maison** » fera référence à la tentative – réussie ou non – d'interruption volontaire de grossesse par des moyens alternatifs sans consultation d'un.e professionnel.le de la santé. De plus, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le terme « **santé reproductive** » réfère plus largement au « bien-être physique, mental et social et non pas uniquement à l'absence de maladies ou infirmités, dans tous les domaines touchant au système reproductif et ses fonctions et processus » (WHO, 2020 [traduction libre]). Ainsi, dans cette thèse, les termes « avortement » et « interruption volontaire de grossesse » (ou IVG) seront utilisés de façon interchangeable, alors que le terme « avortement-maison » permettra de préciser lorsque l'IVG est réalisée sans intervention d'un.e professionnel.le de la santé. De plus, lorsqu'il sera pertinent de le faire, nous distinguerons l'avortement chirurgical de l'avortement médical. L'avortement chirurgical ou avortement par instruments réfère aux avortements pratiqués en clinique ou à l'hôpital à l'aide d'instruments, où l'interruption de grossesse est réalisée par le biais d'une dilatation du col et aspiration du contenu de l'utérus (D&A) ou par une méthode de dilatation

et évacuation (D&E) (Entrevue avec Dre Bois, 2019). Pour sa part, l'avortement médical désigne une procédure sans utilisation d'instruments chirurgicaux. Il s'agit plutôt de prendre une combinaison de deux médicaments, le Misoprostol et le Mifepristone, afin de déclencher une fausse couche et une expulsion du contenu de l'utérus. La méthode privilégiée pour une interruption de grossesse peut être déterminée par plusieurs facteurs médicaux et non-médicaux, mais la méthode par médication est actuellement approuvée par la FDA jusqu'à 10 semaines de grossesse. Finalement, le terme « santé reproductive » permettra de désigner les soins de santé touchant à la santé reproductive dans son intégralité (ex. contraception, dépistage de cancers, avortement, etc.), l'avortement s'inscrivant dans un continuum de soins.

L'analyse de l'accès à l'avortement chez les Latino-Américaines présentée dans la thèse s'inscrit également dans une analyse du **fardeau indu** des lois encadrant l'avortement. Établi en 1992 dans le cadre de la décision *Planned Parenthood of Southern Pennsylvania v. Casey*, le concept de « fardeau indu » (en anglais, « undue burden ») est utilisé par la Cour suprême des États-Unis pour évaluer la constitutionnalité d'une loi encadrant l'accès à l'avortement dans les États. La Cour a alors défini le fardeau indu comme suit : « An undue burden exists, and therefore a provision of law is invalid, if its purpose or effect is to place substantial obstacles in the path of a woman seeking an abortion before the fetus attains viability » (*Planned Parenthood of Southern Pennsylvania v. Casey*, 1992). Subséquemment, la Cour a précisé l'analyse du fardeau indu par le biais de l'implantation d'un test dans le cadre de la décision de 2016 dans *Whole Woman's Health v. Hellerstedt*. Ce test impose notamment une prise en considération des études scientifiques portant sur les impacts possibles d'une loi. En ce sens, bien que la thèse ne fasse pas une analyse juridique des lois proposées ou adoptées, elle mène une étude des impacts de ces lois sur l'accès des femmes latino-américaines à l'avortement. Conséquemment, le concept de fardeau indu est utile afin d'aborder les superpositions de lois restrictives, les impacts spécifiques à certaines communautés et le caractère substantiel de ces impacts en relation avec le positionnement géographique et les marqueurs identitaires.

### 2.1.2 L'étude des lieux d'oppression

L'adoption d'un cadre d'analyse en géopolitique intersectionnelle permet d'aborder l'accès à l'avortement à la fois au niveau corporel et de situer les corps dans leur espace géographique et politique, exposant ainsi les différents systèmes d'oppression pouvant moduler l'accessibilité. L'étude des systèmes d'oppression à travers une approche intersectionnelle permet d'aborder le privilège et l'oppression de façon à la fois concurrentielle et relationnelle, tout en se préoccupant « des différences et des inégalités au sein du groupe, pas seulement des asymétries de pouvoir entre les groupes » (May, 2015 : 4 [traduction libre]). Ces systèmes d'oppression façonnent le quotidien des individus et les expériences de diverses situations, incluant l'accès aux soins de santé. Dans le cadre de la thèse, les lieux d'oppression qui seront abordés sont : l'âge; l'origine ethnoculturelle; le genre; le positionnement géographique; le statut socio-économique; et le statut migratoire. Si certains de ces lieux d'oppression, tel le genre et l'âge, ne nécessitent pas de définition conceptuelle, d'autres, comme l'origine ethnoculturelle, exigent de telles des précisions.

Tout d'abord, la thèse s'appuie sur le concept de positionnement géographique à la fois comme lieu d'oppression et comme outil conceptuel pour aborder l'accessibilité à l'avortement sous une perspective géopolitique. En ce sens, le **positionnement géographique des femmes** réfère à l'endroit physique où se situe l'individu. Utilisé en géographie et en géopolitique, le concept de positionnement géographique est plus souvent mobilisé afin de référencer le lieu d'un bâtiment ou d'une organisation (Jolivet et Brignon, 2016), pour situer un État (Dumont, 2007) ou un phénomène géographique (Kulkarni et al., 2010) ainsi que dans les études frontalières (Chéry, 1993). Toutefois, la transposition du concept dans une perspective de géopolitique critique, où le corps est la plus petite expression géographique, permet de l'utiliser pour localiser les corps. Conséquemment, le concept de positionnement géographique sera utilisé dans une perspective qui débute au niveau du corps (Rich, 1994; Bond, 2018), puis qui s'étend dans une analyse multiscalaire. Le corps est d'abord situé selon la ville, le comté et l'État où il se trouve, permettant d'illustrer les différentes dynamiques modulant l'aspect « territoire » dans la relation territoire-pouvoir-corps (niveau de ruralité, distance de la frontière, type de quartier, proximité d'une clinique de soins de santé reproductive). À un second niveau, le concept permet de situer l'État : d'abord au sein des États-Unis, en relation aux États limitrophes, puis en relation à l'international, selon son positionnement frontalier. À un dernier niveau, plus abstrait, le concept sera mobilisé afin de situer les femmes par

rapport aux divisions idéologiques qui caractérisent les débats politiques sur les territoires étudiés. Ces divisions sont également des marqueurs de divisions géographiques qui influencent la position des femmes, à la fois entre les États et au sein des États.

Deuxièmement, l'**origine ethnoculturelle** des participantes est considérée dans leur expérience et perception de l'accès à l'avortement aux États-Unis. En adéquation avec l'objectif de la thèse, l'ensemble des participantes s'identifient comme Latino-Américaines. Toutefois, cette appellation conceptuelle nécessite des précisions. Tant sur le plan du comportement électoral que dans la décomposition démographique de la population étasunienne, le terme « **latino-américain** » est souvent utilisé d'une façon qui tend à regrouper les individus en un bloc considéré comme homogène, alors que l'on doit aborder cette population comme un groupe culturellement et idéologiquement hétérogène. Dans le cadre de la présente thèse, le terme « latino-américaine » réfère aux personnes provenant de l'espace géographique défini comme l'Amérique latine, à savoir les pays des Amériques où une langue latine est prédominante. Bien que partageant certains référents culturels associés plus largement à la culture latino-américaine, tel le *machismo*, et le poids de la religion dans les conceptions sociales et l'importance de la famille, les participantes à notre étude ont également des expériences différentes, notamment en lien avec la génération d'immigration, le niveau d'acculturation et le pays d'origine, qui influencent leur perception et expérience des soins de santé reproductive.

Troisièmement, tel que présenté précédemment, l'un des lieux d'oppression qui sera considéré dans l'analyse de l'accessibilité à l'avortement est celui du **statut migratoire et de citoyenneté**. Les statuts migratoires abordés dans la présente thèse sont les suivants : citoyenne étasunienne; citoyenne étasunienne naturalisée; résidente permanente; récipiendaire d'un visa (étude, travail, autre); récipiendaire d'un statut DACA; et non documentée. Alors que les trois premiers statuts (citoyenne, citoyenne naturalisée et résidente permanente) ne sont pas précaires, les autres statuts étudiés dans cette thèse sont marqués par un niveau croissant de précarité, découlant notamment du climat politique.

Dans notre étude, le statut migratoire sera révélé par le biais d'une auto-identification lors du questionnaire en ligne. Le terme « citoyenne étasunienne » renvoie à une personne née en territoire étasunien et ayant donc la citoyenneté étasunienne par lien territorial. Pour sa part, le terme « citoyenne étasunienne naturalisée » renvoie à une personne qui est née hors des États-Unis, mais qui, par le biais de son processus migratoire aux États-Unis, a obtenu la citoyenneté, soit par lien familial ou mariage, ou en devenant admissible à la citoyenneté après avoir obtenu la résidence permanente. Le statut de résidente permanente (également connu sous les termes de « Green card holder » et « lawful permanent resident ») réfère à l'obtention d'une autorisation permanente de résidence et de travail en territoire étasunien. Les critères et délais d'obtention varient selon les parcours migratoires (lien familial, d'emploi, de réfugié...).

Pour les récipiendaires d'un visa, leur présence en territoire étasunien est associée à la poursuite des études, à un emploi ou à un statut temporaire autorisé par le gouvernement, tel que l'obtention d'un statut protégé temporaire (TPS). Le statut TPS, pour sa part, est octroyé par le gouvernement des États-Unis aux ressortissant.e.s de pays identifiés par le gouvernement étasunien comme étant confrontés à des situations particulières (conflit armé actif; désastre environnemental ou autres conditions extraordinaires temporaires) qui empêchent temporairement le retour de leurs citoyen.ne.s dans leurs pays d'origine. En 2022, cinq pays latino-américains font l'objet d'un statut TPS : le Salvador (depuis 2001, suite à des tremblements de terre); le Honduras et le Nicaragua (depuis 1999, en réaction à la destruction suite à l'ouragan Mitch); Haïti (depuis 2011, en réaction à la destruction suivant le tremblement de terre de 2010); et le Venezuela (depuis 2021, en réponse à la crise humanitaire) (US Citizenship and Immigration Services, 2021). Afin d'obtenir un statut TPS, un individu doit demeurer en sol étasunien au moment de l'adoption du statut. La durée de protection accordée par le statut dépend du renouvellement de celui-ci par le gouvernement, accentuant la précarité associée à celui-ci.

Ensuite, une personne peut être récipiendaire d'un statut lié au *Deferred Action for Childhood Arrival* (DACA). Adopté en 2012 par voie de décret présidentiel par l'administration Obama, le programme DACA offre une protection temporaire à quelques 650 000 migrant.e.s non documenté.e.s arrivé.e.s aux États-Unis alors qu'ils étaient mineur.e.s et qui répondent à des critères spécifiques. Le statut DACA ne constitue pas une voie vers la citoyenneté, mais est plutôt une suspension temporaire du risque de déportation. L'obtention d'un statut DACA permet à son

réciendaire d'être légalement sur le territoire étatsunien et d'être autorisé à y travailler. Toutefois, il s'agit d'un statut marqué par une certaine précarité, le statut devant être renouvelé tous les deux ans. Ce programme est par ailleurs vulnérable parce qu'il a été adopté par décret présidentiel. On se souvient à ce titre que Donald Trump a tenté d'abroger ce décret pendant sa présidence.

Le terme « migrante non documentée » est utilisé pour désigner les personnes présentes en territoire étatsunien sans statut légal. Dans le contexte étatsunien, le vocabulaire légal insiste sur le terme « *alien* » pour désigner « toute personne non citoyenne ou nationale des États-Unis » (*Immigration and Nationality Act of 1952* [traduction libre]), qu'il soit résident.e ou non, documenté.e ou non. Conséquemment, dans le vocabulaire politique et populaire, le terme « *illegal aliens* » est utilisé pour décrire toute personne se trouvant de façon « illégale » sur le territoire étatsunien. Toutefois, ce terme ne fait pas consensus : un débat sémantique s'articule quant aux termes utilisés et l'expression adéquate pour faire référence à ces réalités migratoires. D'une part, les tenants d'une position conservatrice et restrictive de l'immigration adoptent le terme « immigrant.e illégal.e ». Ce terme, apparu dans les années 1950, gagne en importance dans les discours dans les années 1970<sup>15</sup> (Ackerman, 2013) puis s'impose dans les années 1990, particulièrement suite à la Proposition 187 en Californie (1994), alors que l'analogie immigrant.e illégal.e/animal se développe (Santa Ana, 1999). Plus encore, les termes « *illegal aliens* » et « *aliens* » sont réintroduits dans le vocabulaire politique par Bill Clinton qui, contrairement à ses prédécesseurs qui utilisaient les termes « *illegal immigrants* », « *foreigners* » et « *refugees* » (voir notamment White House, Ronald Reagan. *Statement on United States Immigration and Refugee Policy*, 30 juillet 1981), décide de réintroduire le terme juridique « *illegal aliens* » dans ses discours. Ce changement linguistique contribue à une déshumanisation des migrant.e.s non documenté.e.s (Ackerman, 2013). Subséquemment, les événements du 11 septembre 2001 ont entraîné une utilisation sans précédent du terme dans les médias, contribuant au climat anti-immigration au pays (Caicedo, 2016). D'autre part, les tenants d'une position progressiste utilisent le terme « migrant.e

---

<sup>15</sup> Avant 1950, le terme « illégal » n'était pas utilisé dans les décisions judiciaires portant sur l'immigration (Ackerman, 2013). C'est plutôt le terme « *aliens* » qui était utilisé dans les médias afin de référer aux migrants non documentés aux États-Unis (Nevins, 2010). Par la suite, dans les années 1950, notamment dans le cadre de l'opération Wetback (1954), l'association entre « illégal » et « immigration » était réalisée dans environ 25% des références médiatiques. L'adoption de l'expression dans les sondages Gallup en 1977 coïncide avec une utilisation accrue dans les discours médiatiques et politiques, l'expression étant mobilisée dans 76% des références à l'immigration hors des points d'entrée (Ackerman, 2013).

non documenté.e » (Hiltner, 2017). Ce terme est répandu dans les discours activistes, en réaction au caractère déshumanisant du terme « illegal aliens/immigrants » (Ackerman, 2013). Le choix du terme illustre donc l'impact politique des mots et témoigne ainsi souvent d'un choix délibéré de l'auteur.e. La polarisation du débat sur l'immigration dans un contexte post-11 septembre a réactualisé la portée politique de l'utilisation de ces deux termes (Ackerman, 2013).

En ce sens, il s'agira, dans la thèse, d'utiliser le terme « migrante non documentée » afin de désigner toute personne entrée sur le territoire des États-Unis par d'autres voies d'accès que les points réguliers d'entrée, ou qui a outrepassé la durée de son visa. Ce choix s'ancre dans le cadre théorique critique de la thèse et vise à déconstruire l'image péjorative associée à la migration irrégulière ainsi que la déshumanisation des migrantes. Les termes « immigrant illégal » et « *illegal aliens* » participent d'une construction sociale (Ackerman, 2013) visant à délégitimer le groupe (Caicedo, 2016) et à renforcer les politiques migratoires racistes et d'exclusion (Ngai, 2004). L'objectif de cette thèse étant d'illustrer les obstacles à l'accès à l'avortement, notamment en fonction du statut migratoire, le choix du terme « migrante non documentée » nous apparaît conséquent avec la démarche théorique et empirique, et nous sommes conscientes du poids politique de ce choix.

Finalement, le marqueur identitaire de genre ne comportera pas de variation. S'intéressant à l'accès aux soins de santé reproductive chez les femmes latino-américaines, la thèse s'appuie sur les témoignages et expériences de participantes s'identifiant comme « femmes ». Aucune participante ne s'identifie comme femme transgenre et la thèse aborde plus spécifiquement les réalités des femmes cisgenres. Toutefois, il importe de reconnaître les impacts que peuvent avoir l'identité de genre sur l'accès aux soins de santé. Conséquemment, lorsque cela sera nécessaire, une précision sera apportée afin de souligner les réalités variables des expériences entre les femmes cisgenres et les femmes transgenres. Le terme « femme » sera également utilisé afin de référer aux participantes, mais le terme « personne enceinte » sera parfois utile et utilisé pour soulever les enjeux pouvant affecter les hommes transgenres et les personnes non-binaires.

## 2.2 Sélection et justification des cas d'étude et de la période temporelle

Afin d'aborder les perceptions et expériences de l'avortement chez les femmes latino-américaines résidant aux États-Unis, la présente thèse propose une analyse basée sur quatre cas d'études. Ces cas d'études ont été sélectionnés sur la base de trois critères, et ont ensuite été analysés durant la période allant de 2010 à 2021. La section qui suit expose les raisons ayant motivé les choix méthodologiques sous-tendant la sélection des cas d'études et de la période étudiée.

### 2.2.1 Sélection et justification des cas d'étude

Comme mentionné plus haut, la question de recherche de la thèse va comme suit : « **Comment les femmes latino-américaines résidant dans quatre États frontaliers des États-Unis perçoivent-elles et vivent-elles leur accès aux soins de santé reproductive, et plus spécifiquement à l'avortement ?** ». Pour y répondre, quatre États ont été sélectionnés sur la base de trois critères principaux :

(1) **Le positionnement géographique en relation aux frontières terrestres des États-Unis.**

Afin de produire une étude comparée des réalités des femmes latino-américaines quant à l'accès à l'avortement selon le positionnement géographique, nous avons décidé d'étudier les réalités frontalières. En ce sens, les États formant les deux duos ont été sélectionnés en raison de leur réalité géographique, à savoir qu'ils sont tous des États frontaliers.

(2) **L'idéologie dominante en matière d'encadrement des soins de santé reproductive.**

Le deuxième critère qui permet de sélectionner les cas d'étude est celui touchant le penchant idéologique dominant quant aux lois adoptées en matière d'accès à l'avortement – et plus largement aux soins de santé reproductive. En ce sens, nous avons utilisé l'échelle mise en place par le Guttmacher Institute afin de sélectionner, pour chaque duo formé, un État qui est catégorisé comme étant favorable ou très favorable aux droits reproductifs, et un État

dit conservateur, à savoir ce qui est catégorisé par l'institut comme étant hostile ou très hostile aux droits reproductifs<sup>16</sup>.

- (3) **La part de la population latino-américaine.** Finalement, le troisième critère de sélection était la part de la population de ces États qui s'identifie comme « Hispanique » ou « Latino-Américain.e.s » afin d'avoir un échantillonnage représentatif.

### *La Californie et le Texas*

À la frontière sud, la Californie et le Texas ont ainsi été sélectionnés, étant tous deux marqués par une frontière partiellement murée et la présence de points de contrôle dans la zone de 100 miles de la frontière (« Constitution-Free Zone »)<sup>17</sup>. Ensuite, ce duo est formé d'un État très favorable aux droits reproductifs (la Californie), et qui est également connu pour ses politiques d'ouverture envers la communauté immigrante, et d'un État hostile aux droits reproductifs (le Texas). Finalement, les deux États sont également ceux ayant la plus importante population hispanique à l'échelle nationale,

---

<sup>16</sup> La sélection des cas d'études a été réalisée sur la base du classement du Guttmacher Institute de 2020, à savoir l'état du droit à l'avortement aux États-Unis en date du 30 décembre 2020. Ce faisant, le Texas et la Pennsylvanie, tel qu'exposé plus bas, sont considérés comme États « hostiles » au droit à l'avortement. Toutefois, le renversement subséquent de *Roe v. Wade*, ainsi que les élections locales de 2022 (gouverneur et législatives) et 2023 (législatives en Pennsylvanie) ont entraîné un changement du paysage politique dans ces deux États. Depuis, le Texas est considéré, par le Guttmacher, comme faisant partie des États les plus restrictifs quant au droit à l'avortement. Pour sa part, la Pennsylvanie est toujours considérée comme un État « restrictif » face à l'avortement.

<sup>17</sup> En 1953, le Département de la Justice adopta une directive établissant une zone de 100 miles (160 kilomètres) à l'intérieur de laquelle le quatrième amendement de la Constitution (protégeant les citoyen.ne.s des fouilles arbitraires et aléatoires) est partiellement suspendu. Conséquemment aux événements du 11 septembre 2001, la directive de 1953 a été mobilisée afin d'augmenter la surveillance dans la zone frontalière, notamment par le biais d'une augmentation des points de contrôle intérieurs. Similaires à une douane, ces points de contrôle intérieurs se situent sur les routes, majoritairement dans la zone frontalière méridionale. Dans ces lieux, les agent.e.s frontalier.ère.s peuvent conduire des fouilles du véhicule et des biens sans mandat préalable (Ritaine, 2009; Huddleston, 2016). S'inscrivant dans un processus d'élargissement de la frontière – qui passe alors d'une ligne de démarcation juridique entre deux souverainetés à une zone frontalière s'étirant à l'intérieur du territoire d'un État – ces contrôles transforment les régions frontalières en des zones de plus en plus surveillées. Conséquemment à leur implantation initiale, les points de contrôle intérieurs ont fait l'objet de décisions juridiques qui ont précisé leur implantation et l'étendu des raisons pouvant justifier celle-ci. En ce sens, les points de contrôle ont été définis comme des lieux de « fonctions équivalentes » de la frontière, ce qui permet les fouilles sans mandat de perquisition. En 1976, la Cour suprême a validé les points de contrôle visant à arrêter des migrant.e.s non documenté.e.s, car cela constitue une problématique dans le cadre de laquelle l'intérêt national surpasse la violation de la vie privée des individus se soumettant au contrôle (*United States v. Martinez-Fuerte et al.*, 1976).

tous deux ayant un peu plus de 39% de leur population appartenant à ce groupe (Stepler et Lopez, 2016 ; US Census, 2020 ; US Census, 2021).

### *New York et la Pennsylvanie*

À la frontière nord, les États de New York et de la Pennsylvanie ont été sélectionnés. Bien que marqués par la « Constitution Free Zone », ces deux États ne sont pas affectés par la présence de points de contrôles intérieurs permanents, ceux-ci ayant été établis quasi-exclusivement le long de la frontière méridionale. Ainsi, bien que moins confrontés aux contrôles migratoires omniprésents, les communautés latino-américaines y sont également moins nombreuses, ce qui peut affecter la disponibilité des services en espagnol. Sur le plan idéologique, New York est considéré comme étant favorable aux droits reproductifs alors que la Pennsylvanie est classée comme « hostile »<sup>18</sup>. Finalement, les deux États comptent une population hispanique importante : l'État de New York a l'une des plus fortes populations hispaniques en pourcentage de sa population, (Stepler et Lopez, 2016), avec 19.5% de sa population qui s'identifie à ce groupe (US Census, 2021), alors que la Pennsylvanie a une population hispanique moins importante, mais tout de même notable et croissante, avec 8.1% de sa population qui s'identifie comme tel (US Census 2021).

---

<sup>18</sup> Selon le Guttmacher Institute, malgré le paysage politique actuel en Pennsylvanie (le parti Démocrate contrôle l'exécutif et la Chambre des représentants), l'État demeure classé comme « restrictif » en matière de droit à l'avortement en raison des lois qui y sont toujours en vigueur (limite temporelle; période d'attente; interdiction de couverture par Medicaid; consentement parental pour les mineurs...). Toutefois, il est nécessaire de préciser que dans le contexte post-Dobbs, la Pennsylvanie n'est pas un État où le pouvoir en place est hostile au droit à l'avortement, mais le maintien des lois précédemment adoptées en font tout de même un État où l'accès à l'avortement est marqué par de multiples obstacles.

**Tableau 2.1 Récapitulatif des choix d'études de cas**

		<b>Critère 1. Situé à une frontière terrestre</b>	<b>Critère 2. Idéologie et droits reproductifs<sup>19</sup></b>	<b>Critère 3. Population latino-américaine (en % de pop. totale)<sup>20</sup></b>
<b>États au Sud</b>	Californie	Oui, frontière sud	Très favorable	39.4% (15.58 millions)
	Texas	Oui, frontière sud	Hostile	39.3% (11.44 millions)
<b>États au Nord</b>	New York	Oui, frontière nord	Favorable	19.5% (3.95 millions)
	Pennsylvanie	Oui, frontière nord	Hostile	8.1% (1.05 millions) <sup>21</sup>

### 2.2.2 La période temporelle

Bien que le ressac au droit à l'avortement s'articule depuis l'annonce de la décision dans *Roe v. Wade* en 1973, les élections de mi-mandat de 2010 ont donné lieu à une reprise du Congrès par les Républicains ainsi qu'à une augmentation significative du nombre d'élu.e.s républicain.e.s au niveau des législatures d'États, augmentant du même coup l'activité anti-choix au sein des lieux de pouvoir (Cohen et Joffe, 2020 :10). En effet, la politisation de l'enjeu de l'avortement couplée à sa polarisation tant à Washington que dans les États entraîne une association entre anti-choix/parti Républicain d'une part, et pro-choix/parti Démocrate de l'autre. Bien que les positions des législateurs et législatrices ne puissent être tranchées de façon aussi claire<sup>22</sup>, des victoires républicaines entraînent un regain d'activisme anti-choix – et des victoires démocrates entraînent une augmentation des pressions pour l'adoption de lois favorables et l'abandon de lois restrictives (par exemple, en Virginie suite aux élections de 2018). Benson Gold et Nash (2012) soulignent qu'entre 2000 et 2011, le nombre d'États considérés comme « middle-ground » sur la question de

<sup>19</sup> Selon le classement du Guttmacher Institute en date du 30 décembre 2020.

<sup>20</sup> Selon le recensement étasunien conduit en 2020 et publié en 2021.

<sup>21</sup> Entre les recensements de 2010 et de 2020, la population s'identifiant comme hispanique ou latino en Pennsylvanie a augmenté de 45.85%, passant de 5.7% à 8.1%, soit une augmentation de 329 955 personnes (US Census, 2021)

<sup>22</sup> Par exemple, au sein du 116<sup>e</sup> Congrès (2019-2021), les sénateurs démocrates Doug Jones (AL) et Joe Manchin III (WV) se décrivent comme anti-choix, alors que les sénatrices républicaines Susan Collins (ME), Shelley Moore Capito (WV) et Lisa Murkowski (AK) se positionnent en faveur du droit au choix.

l'avortement a grandement diminué, laissant place à un paysage de plus en plus polarisé. Cette tendance dénote une accentuation des pratiques législatives pour pousser des agendas anti-choix au niveau des législatures d'États et un changement des compositions politiques au niveau fédéré. Ainsi, les autrices notent que, si 35 États sont restés dans la même catégorie entre 2000 et 2011 (à savoir favorables au droit, modérés ou hostiles), parmi les 15 autres États, les mouvements ont tous été vers plus de restrictions (Benson Gold et Nash, 2012 :15). Conséquemment à ce mouvement idéologique, 26 États sur 50 étaient, en 2011, considérés comme hostiles à l'avortement. En 2019, ce nombre est passé à 29 – alors que 14 États seulement sont considérés comme favorables aux droits reproductifs (Nash, 2020). De plus, entre 2010 et 2016, les États ont adopté 334 restrictions à l'avortement, ce qui constitue 30% de toutes les mesures adoptées depuis 1973 (Nash et al., 2016). On observe ainsi un relent du ressac anti-choix depuis 2010 et un déplacement clair de l'activisme politique et législatif vers les législatures d'État.

Considérant le changement au paysage politique durant cette décennie, et conséquemment à la précision du fardeau indu dans le cadre de la décision de la Cour suprême dans *Whole Woman's Health* en 2016, la présente thèse propose une analyse de l'accès des Latino-Américaines aux services d'avortement dans les quatre États précédemment identifiés durant la période de 2010 à 2021. Plus spécifiquement, cette période temporelle sur onze ans sert quatre buts en lien avec la question de recherche:

1. **Pallier les anomalies et illustrer les changements politiques.** Le paysage politique aux États-Unis peut, sur certains enjeux, changer rapidement. Si les élections présidentielles ont lieu aux quatre ans, les électeur.rice.s sont appelé.e.s aux urnes tous les deux ans, pour des élections législatives locales et nationales. Conséquemment, une alternance au pouvoir ou des changements s'inscrivant en réaction à un événement temporaire peuvent avoir une incidence sur l'adoption de lois idéologiques. En utilisant un cadre temporel sur onze ans, nous limitons les possibilités qu'une anomalie politique influence les conclusions de la présente analyse et pouvons mieux aborder les distinctions entre lois idéologiques ensuite renversées et les lois s'inscrivant dans le temps. De plus, la période couverte permet d'inclure une présidence démocrate (Barack Obama, 2010-2016) et républicaine (Donald Trump, 2017-2021) et d'aborder les politiques d'États dans les deux contextes politiques fédéraux.

2. **Observer les phénomènes d'accentuation ou de décélération de l'adoption de politiques sur les droits reproductifs.** Grâce à une analyse couvrant une décennie, la présente thèse propose une synthèse des lois adoptées et brosse ainsi un portrait des tendances observables entre les années, contribuant à la connaissance sur le plan de l'analyse des lois en matière de santé reproductive.
3. **Pallier les limitations quant à l'inclusion des perspectives de mineures.** Grâce à une période temporelle plus étendue, la présente thèse pourra, selon les participantes recrutées, produire une connaissance sur les obstacles spécifiques aux mineures désirant mettre un terme à une grossesse non désirée. En effet, afin de respecter les normes à l'éthique, de nous assurer du bien-être des participantes et d'éviter la nécessité d'obtenir un consentement parental, nous avons fait le choix de ne pas mener d'entrevues avec des mineures. Toutefois, grâce à une période temporelle plus longue, nous pourrions être en mesure de récolter des informations clés sur l'accessibilité de l'avortement chez les mineures grâce à des entrevues avec des femmes aujourd'hui majeures, mais ayant vécu une interruption de grossesse lorsqu'elles avaient moins de 18 ans.
4. **Démontrer la persistance des obstacles des lois restrictives et le bénéfice des lois favorables à l'avortement dans le temps.** Finalement, le choix de cette période temporelle est également motivé par une volonté de démontrer la persistance des effets des lois dans le temps, ce qu'une analyse sur une période plus courte ne permet pas.

### 2.3 La recherche documentaire et les terrains de recherche

L'analyse de cette thèse s'appuie sur une méthodologie en deux temps. D'une part, une recherche documentaire a été réalisée, afin notamment de recenser les lois proposées et adoptées ayant un impact sur les expériences d'accès aux soins. D'autre part, un terrain de recherche en deux temps a été réalisé auprès de femmes latino-américaines résidant dans les quatre États étudiés.

### 2.3.1 La recherche documentaire et la sélection des sources

Dans un premier temps, la thèse s'appuie sur une recherche documentaire basée sur une variété de sources premières, secondaires et journalistiques afin de mettre en lumière les politiques qui encadrent l'accès et le droit à l'avortement, les réalités propres aux femmes latino-américaines et les conséquences recensées des restrictions à l'accès.

La thèse présente d'abord une analyse des lois adoptées et des projets de lois proposés dans les quatre États constituant l'échantillon-type pour la présente recherche, ainsi que dans les États limitrophes<sup>23</sup>. Cette analyse, qui s'étend de 2010 à 2021, s'appuie sur les textes de loi disponibles au niveau des législatures d'État et du fédéral, ces derniers affectant l'ensemble du territoire. Des textes journalistiques ont également été utilisés afin de situer l'adoption des projets de loi dans le temps et le paysage politique, notamment les débats prédominants lors de leur introduction et leur adoption. Cette analyse des textes de loi permet de dresser un portrait du cadre législatif en ce qui a trait à l'encadrement de l'avortement et subséquemment, de produire une analyse sur les entraves à l'accès pour les Latino-Américaines en relation avec le climat politique des États étudiés (voir Chapitres 3, 4 et 5). Les projets de loi ont été identifiés de deux façons. D'abord, de 2017 à 2022, une veille journalistique a été réalisée dans chacun des 50 États des États-Unis et au niveau du gouvernement fédéral afin d'identifier les projets de loi proposés et les débats (ou l'absence de débat) entourant leur adoption. Ensuite, afin de compléter les cadres législatifs, et valider la teneur et l'étendu des lois préalablement identifiées, une recherche par mot-clé des lois adoptées par chacun des États étudiés et de leurs voisins immédiats a été réalisée à partir des bases de données disponibles en ligne. Cette recherche législative a permis d'identifier tous les projets de loi adoptés dans les législatures des États étudiés et les États limitrophes (voir Annexes 1 et 2).

Ensuite, cette étude s'appuie également sur la littérature scientifique existante portant sur l'accès à l'avortement, le ressac conservateur suivant l'adoption de *Roe v. Wade* et les questions d'accès aux soins de santé chez les Latino-Américaines. Cette littérature scientifique, qui est à la base de la

---

<sup>23</sup> Le terme limitrophe fait ici référence aux États partageant une frontière terrestre avec l'un des États étudiés. Plus spécifiquement, il s'agit des États du Vermont, du Massachusetts, du Connecticut, du New Jersey, du Maryland, de la Virginie occidentale, de l'Ohio, de la Louisiane, de l'Arkansas, de l'Oklahoma, du Nouveau-Mexique, de l'Arizona, du Nevada et de l'Oregon. La Pennsylvanie et New York sont également frontaliers l'un de l'autre. Toutefois, étant des cas d'étude, ils ne sont pas considérés comme tel dans l'analyse des cadres législatifs des États frontaliers, mais leur positionnement géographique est considéré dans l'analyse de l'accès.

thèse, permet notamment d'aborder la pluralité de conséquences recensées et de démontrer comment les Latino-Américaines sont affectées à la fois similairement et différemment par les lois encadrant l'accès à l'avortement. Pour l'analyse de l'accès à l'avortement, il s'agit d'élargir le champ de l'analyse en tenant compte des contributions académiques en psychologie, sociologie et sexologie, et ce, afin de pallier les limites de la science politique. Plus encore, la présente thèse analyse l'accès aux soins dans les zones frontalières et une pluralité de statuts migratoires. Il importe donc de mobiliser les sources scientifiques portant sur la dynamique frontalière afin de comprendre la réalité propre à ces zones et les impacts sur les habitantes. Plus encore, il s'agit de pousser la réflexion au-delà de la zone frontalière afin d'étudier l'internalisation de la frontière, à la fois théoriquement (présence de contrôles frontaliers à l'intérieur du territoire), et symboliquement (intégration de la frontière et des contrôles migratoires par les femmes et les impacts de ces mêmes contrôles sur leur mobilité et leurs déplacements).

Finalement, les sources journalistiques comme les articles et reportages de médias nationaux (notamment NPR, CNN, FoxNews, New York Times et le Washington Post) et de médias locaux (El Paso Times, Texas Tribune, The Dallas Morning News, Houston Chronicle, Los Angeles Times, San Francisco Chronicle, The San Diego Union-Tribune, Intelligencer Journal, The Times-Tribune, Philadelphia Daily News...), de même que les rapports d'ONG, ont été utilisés pour quatre raisons principales. Dans un premier temps, les médias traditionnels, de par leur couverture de certains enjeux, permettent de souligner des dynamiques locales autrement peu visibles. Ensuite, les rapports d'ONG permettent, dans certaines situations, de mettre en lumière des conséquences peu discutées de lois sur des populations vulnérables ou autrement peu visibles, par exemple dans les centres de détention. Troisièmement, les articles journalistiques ont une temporalité différente de celles des recherches académiques et permettent ainsi d'avoir une représentation actuelle d'un enjeu. Finalement, en raison de leur absence de neutralité et de rigueur académique, les sources journalistiques et les rapports d'ONG permettent à la fois d'analyser le discours et les débats politiques/idéologiques sur un enjeu, mais présentent également des propos qui souvent ne peuvent pas être recueillis de la même façon par les recherches scientifiques. Ainsi, l'utilisation des sources journalistiques et des rapports d'ONG permet d'obtenir une vision plus locale et contemporaine, incluant des réalités ou événements qui n'ont pas fait l'objet de publications académiques.

### 2.3.2 L'enquête terrain

Pour répondre à la question de recherche, opérationnaliser les théories et contribuer à la connaissance sur le plan empirique, la thèse s'appuie également sur une enquête de terrain, réalisée de juin 2021 à mars 2022 (Annexe 3). En raison des considérations additionnelles imposées par la situation de pandémie mondiale au moment de la réalisation de la thèse, l'enquête de terrain a été réalisée en mobilisant une méthodologie mixte permettant de s'adapter aux contraintes de distanciation sociale et de restrictions à la mobilité internationale. Cette méthodologie mixte a permis à la fois d'aborder les lois en place dans les différents États étudiés – et l'évolution de celles-ci – ainsi que de récolter des données de première main sur l'expérience des Latino-Américaines, offrant une contribution empirique importante aux études de genre et de migration.

L'enquête de terrain s'est ainsi déroulée en deux temps : un questionnaire en ligne et des entretiens semi-dirigés réalisés virtuellement.

#### 2.3.2.1 Le questionnaire en ligne

D'abord, une enquête entièrement en ligne, sous forme de questionnaire a été réalisée de juin à mars 2022. Le questionnaire, distribué par le biais de méthodes de recrutement variées et prenant en moyenne 20 minutes à remplir, comporte une enquête démographique, ainsi qu'une série de questions portant sur l'expérience, l'accessibilité, la perception d'accessibilité et la connaissance des services de santé reproductive offerts (contraception, coercition sexuelle, services aux familles, grossesse et avortement) (Annexe 4) dans l'État de résidence de la participante. Afin de se qualifier pour participer à l'étude une potentielle participante doit répondre à trois critères d'admissibilité : 1) avoir plus de 18 ans; 2) s'identifier comme femme latino-américaine; et 3) résider dans l'un des quatre États étudiés (Californie, New York, Pennsylvanie ou Texas).

L'étendue des questions incluses dans le questionnaire a un objectif double. D'une part, l'avortement est un sujet tabou au sein de la communauté latino-américaine. Par le biais d'une inclusion de questions portant plus largement sur les soins de santé reproductive a permis de recueillir les réponses de participantes nonobstant leur position quant à l'avortement et de diffuser

le questionnaire dans des réseaux qui ne sont pas nécessairement favorables à l'accès à l'avortement. Ensuite, les données recueillies ont également comme objet de nourrir un futur projet de recherche. Bien que la présente thèse porte spécifiquement sur le droit à l'avortement, l'intersectionnalité et la justice reproductrice attirent notre attention sur l'imbrication des différents soins de santé reproductive et l'importance d'une accessibilité de chacun des soins.

Le questionnaire a été ouvert par 103 participantes résidant dans les États étudiés, et 83 participantes ont complété le questionnaire (Tableau 2.2), permettant ainsi de recueillir des données originales sur l'expérience des Latino-Américaines, tant au niveau de l'accès que de la connaissance, aux services de santé reproductive. Outre les questionnaires complétés par des participantes résidant dans les États étudiés, 13 questionnaires ont été ouverts par des participantes hors des États étudiés, dont 5 complétés. Toutefois, les questionnaires incomplets des participantes dans les États étudiés, les questionnaires complets et incomplets de participantes hors des États mentionnés précédemment et les questionnaires sans réponse à la question sur le positionnement géographique ne sont pas considérés dans l'analyse des données.

**Tableau 2.2 Participantes au questionnaire en ligne par État de résidence**

État	Questionnaires ouverts	Questionnaires complétés	% de questionnaires complétés vs ouverts
<b>Californie</b>	33	27	82%
<b>New York</b>	12	8	67%
<b>Pennsylvanie</b>	12	11	92%
<b>Texas</b>	46	37	80%
<b>Autres États*†</b>	9	4	
<b>État non mentionné†</b>	4	1	

\*Les questionnaires complétés dans des États autres que ceux étudiés l'ont été par des participantes résidant dans les États du Connecticut, de la Caroline du Nord et de la Géorgie. Les questionnaires incomplets ont été amorcés par des participantes résidant dans les États de la Virginie, du Minnesota, du New Jersey et du Tennessee.

†Les questionnaires ouverts, mais dont seuls les questions d'admissibilité ont été répondues ou partiellement répondues ne sont pas considérés dans le tableau récapitulatif.

**Tableau 2.3 Portrait démographique des participantes au sondage**

	Total	CA	NY	PA	TX
<b>Participantés ayant complété le questionnaire</b>					
<b>Âge</b>					
0-19 ans†	7			1	6
20-29 ans	46	15	3	4	24
30-44 ans	22	9	3	4	6
45-64 ans	7	3	2	1	1
65 ans +					
<b>Langue parlées</b>					
Anglais	23	1	4	5	13
Espagnol	16	9		1	6
Anglais & Espagnol	40	14	4	4	18
Espagnol & Spanglish	2	2			
Sans réponse	1	1			
<b>Langue parlée à l'enfance</b>					
Anglais	10		1	2	7
Espagnol	34	19	3	3	9
Anglais & Espagnol	36	8	3	4	21
Spanglish	1			1	
Sans réponse	1		1		
<b>Niveau d'éducation*</b>					
Diplôme secondaire	12	3	1	2	6
Université 2 ans	5	3		1	1
Université 4 ans	37	10	1	4	22
Maîtrise	19	8	4	2	5
Doctorat	6	3	1	1	1
Post-doctorat	1		1		
Sans réponse	2				2
<b>Revenu familial</b>					
Moins de 10 000\$	6	1		2	3
10 000 – 25 000\$	10	3		1	6
25 000 – 40 000\$	15	6	1	1	7
40 000 – 55 000\$	13	4	1	3	5
55 000 – 70 000\$	11	4	2		5
70 000 – 85 000\$	2	1		1	
85 000 – 100 000\$	4	3			1
100 000\$ et plus	16	2	3	2	9
Sans réponse	5	3	1		1
<b>Affiliation religieuse</b>					
Catholique	34	14	2	1	17
Chrétienne	2			1	1
Protestante évangélique	4	2		1	1
Juive	1				1
Non-affiliée	13	4	2	1	6
Agnostique	17	3	3	3	8
Athée	3	1		2	
Spirituelle	1		1		
Sans réponse	6	2		1	3
Autre, non précisé	1	1			

<b>Statut marital</b>					
Mariée	23	12	2	2	7
En couple	7	1	2	2	2
Célibataire	51	14	4	6	27
Divorcée	1				1
<b>Orientation sexuelle</b>					
Hétérosexuelle	54	20	6	6	22
Bisexuelle	15	4	1	3	7
Homosexuelle	5	2			3
En questionnement	4	1	1		2
Pansexuelle	2			1	1
Queer	1				1
Sans réponse	2				1
<b>Milieu de vie</b>					
Métropole	21	6	3	4	8
Urbain	40	16	3	4	17
Suburbain	15	4	1	1	9
Rural	6	1	1	1	3
<b>Type de logement</b>					
Locataire – chambre	7	2	4		1
Locataire – appartement	36	13	2	2	19
Locataire – maison	6	2		3	1
Propriétaire – appartement	5	3	1		1
Propriétaire – maison	12	5	1	2	4
Avec famille	9	2		1	6
Résidence étudiante	4			2	2
Couchsurfing	1				1
Sans réponse	2				2
<b>Nombre d'individus dans le logement</b>					
1-3	48	17	4	7	20
4-6	26	8	3	1	14
7-9	7	2		2	3
10-12					
13+	1		1		
<b>Statut migratoire</b>					
Citoyenne étasunienne	54	7	5	9	33
Citoyenne naturalisée	7	4	2		1
Résidente permanente	7	6			1
Visa	10	7	1	1	1
DACA	1	1			
Non documentée	1	1			
Préfère ne pas divulguer	1	1			
Sans réponse	1				1
<b>Génération d'immigration</b>					
Première	26	16	3	2	5
Deuxième	22	3	2	3	14
Troisième	16	1	1	4	10
Plus de troisième	10	2	1	1	6
Sans réponse	8	5	1		2
<b>Pays de naissance</b>					
États-Unis	46	6	4	6	30

Mexique	25	19	1		5
Équateur	1		1		
République-Dominicaine	1		1		
Chili	1	1			
Porto Rico	1			1	
Salvador	1			1	
Pérou	1		1		
Sans réponse	5	1		2	2
<b>Contraception</b>					
Oui	48	17	3	5	23
Non	33	10	5	5	13
Sans réponse	1				1
<b>Grossesse</b>					
0	53	15	4	4	30
1	6	4	1		1
2	12	4		4	4
3	6	3	1	1	1
4	1		1		
5	1			1	
Ne peut pas	2	1			1
Sans réponse	1		1		
<b>Avortement</b>					
Oui	8	2	3	3	
Non	72	24	4	7	37
Sans réponse	2	1	1		

\* Dans le questionnaire, les participantes avaient également l'option « Elementary school / Primary school » et « Middle school », représentant les deux situations où une personne n'aurait pas obtenu un diplôme d'études secondaires. Aucune participante n'a sélectionné l'une de ces deux options.

### 2.3.2.2 Les entretiens semi-dirigés

Dans un second temps, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés de septembre 2021 à mars 2022 auprès de 25 femmes<sup>24</sup> latino-américaines résidant dans l'un des quatre États étudiés, recrutées par le biais du questionnaire en ligne. En raison des restrictions de déplacement toujours en vigueur au moment de l'amorce des entretiens, il a été décidé de réaliser l'ensemble de ceux-ci par le biais

<sup>24</sup> 25 femmes ont participé aux entretiens semi-dirigés, mais un total de 27 entretiens seront considérés (Tableau 1.4). En effet, deux participantes ont, durant la période de l'étude, déménagé d'un État étudié dans le cadre de la présente recherche vers un autre État également étudié ici. Conséquemment, leur entretien a été réalisé de façon à recueillir leurs expériences et perceptions dans chacun des États de résidence. Toutefois, pour le tableau récapitulatif (Tableau 1.5) elles ne sont considérées qu'une fois, dans l'État de résidence au moment de l'entretien. Cela explique donc la différence entre le nombre total d'entretien (n=27) et le nombre de participantes comptabilisées dans le tableau récapitulatif du portrait démographique (n=25).

d'entrevues virtuelles. Le logiciel Zoom a été utilisé pour l'ensemble des entretiens, à l'exception de un qui a été réalisé par courriel en raison de la réticence de la participante à l'utilisation de Zoom.

Suite au sondage, 44 participantes ont accepté d'être contactées pour la deuxième portion de la recherche, à savoir l'entrevue dirigée. Chaque participante a été contactée par courriel afin de prévoir l'entrevue : 22 participantes ont répondu positivement, 3 participantes ont répondu positivement, mais ne se sont pas présentées à l'entrevue; et 19 participantes n'ont pas répondu au courriel d'approche ni aux deux relances (Tableau 2.4).

**Tableau 2.4 Participantes aux entretiens semi-dirigés par État de résidence**

État de résidence	Participantes ayant accepté contactées l'entretien	ayant d'être pour	Participantes ayant pris rendez-vous pour l'entretien	Participantes ayant complété l'entretien
<b>Californie</b>	18		10	7
<b>New York</b>	5		4	4
<b>Pennsylvanie</b>	8		5	5
<b>Texas</b>	19		11	11

Dans le cadre de ces entretiens, les participantes ont été invitées à répondre à des questions portant sur leur expérience de l'accès aux soins de santé reproductive (et plus spécifiquement de l'avortement pour celles y ayant eu accès), sur leur perception de l'accès aux soins de santé reproductive et plus spécifiquement de l'avortement, ainsi que leur position idéologique quant à l'accès à l'avortement (Annexe 5). Nonobstant l'État de résidence de la participante, les questions posées sont identiques afin de permettre une comparaison tant entre les participantes d'un même État qu'entre les États. Cette uniformité des questions a ainsi permis une mise en évidence des obstacles et thématiques transversales aux États, indépendamment de l'idéologie dominante ou du positionnement géographique, ainsi que des dynamiques spécifiques à l'une ou l'autre des régions frontalières ou tributaire de l'affiliation idéologique des États étudiés. En moyenne, les entretiens semi-dirigés sont d'une durée de 30 minutes. Toutes les entrevues ont couvert l'ensemble des questions proposées, aucune participante ne demandant à sauter une question en raison d'un inconfort face à celles-ci. Les participantes ayant complété le questionnaire et l'entretien semi-dirigé ont reçu une carte-cadeau de 25\$ (US) chez Amazon.

### ***Portrait démographique des participantes aux entretiens semi-dirigés***

La section qui suit offre un portrait démographique des participantes ayant accepté de participer à l'étape des entretiens semi-dirigés.

Tout comme pour les questionnaires, les participantes avaient le choix, pour l'entretien semi-dirigé, de réaliser celui-ci en anglais ou en espagnol. 20 participantes ont choisi de répondre aux questions en anglais et 5 participantes ont demandé à ce que l'entretien soit en espagnol. Ce choix n'est toutefois pas représentatif de la diversité linguistique des participantes aux entretiens, la majorité déclarant parler à la fois anglais et espagnol à la maison (16). Six participantes ne parlent qu'anglais à la maison, deux parlent uniquement espagnol et une parle un mélange d'espagnol et de « spanglish ». La majorité des participantes (13) ont grandi dans une maison hispanophone, 10 dans une maison bilingue (espagnol et anglais) et 2 dans une maison unilingue anglophone.

L'âge moyen des participantes à l'étape de l'entretien semi-dirigé est de 32 ans. 13 participantes (52%) des participantes ont entre 20 et 29 ans ; 8 participantes ont entre 30 et 44 ans (32%) et 4 participantes ont entre 45 et 64 ans (16%). Conséquemment, au sein de notre échantillon de participantes, les 20-29 ans et les 30-44 ans sont sur-représentées par rapport à leur part de la population latino-américaine (respectivement 16% et 21% des femmes latino-américaines), alors que les femmes de 45 à 64 ans sont légèrement sous-représentées (20% des femmes latino-américaines appartiennent à ce groupe d'âge) (AAUW, 2021).

Sur le plan socio-économique, les participantes aux entretiens ne sont pas représentatives de la moyenne nationale quant au niveau d'éducation des femmes latino-américaines. En effet, 22 participantes sur 25 détiennent un diplôme universitaire (1 diplômée d'un programme universitaire de 2 ans; 10 diplômées d'un programme universitaire de 4 ans; 8 détentrices d'une maîtrise; 2 détentrices d'un doctorat; et une ayant réalisé un post-doctorat), soit 88% des participantes. Les trois autres participantes ont obtenu un diplôme d'études secondaires (12%). En opposition, selon une analyse des données du *American Community Survey* de 2018, 27.1% des Latinas n'ont pas de diplôme secondaire ; 26.9% ont un diplôme secondaire ; 19.4% ont poursuivi des études universitaires sans toutefois compléter un diplôme ; et 26.6% ont un diplôme universitaire (Anthony et al., 2021). Les participantes à l'entretien ont ainsi un niveau d'éducation plus élevé que la

moyenne nationale aux États-Unis, et plus élevé que la moyenne au sein de la communauté latino-américaine. Ce décalage peut s'expliquer à deux niveaux. D'abord, l'âge moyen des participantes est de 32 ans, avec une majorité des participantes ayant entre 18 et 34 ans (17 participantes sur 25). En effet, les Latino-Américaines de la génération millénial et plus jeunes ont connu d'importantes améliorations au niveau de l'accès à l'éducation et la complétion d'un diplôme universitaire. Selon un rapport commandé par NBCUniversal Telemundo Enterprises et Comcast NBCUniversal, publié en 2019, la proportion de Latinas ayant un diplôme universitaire a augmenté de 17% en 2000 à 30% en 2017, une croissance de 70% sous la génération millénial (Telemundo, 2019). Dans un deuxième temps, ces chiffres peuvent être faussés par les stratégies de recrutement mises en place. En effet, les associations étudiantes universitaires ont été approchées afin de diffuser le sondage, ce qui a pu entraîner un taux de participation plus élevé chez les Latino-Américaines ayant obtenu ou étant en voie d'obtenir un diplôme universitaire – et étant plus jeunes. Des disparités géographiques sont également observables. Les participantes résidant dans l'État de New York et en Pennsylvanie ont toutes obtenues, au minimum, un diplôme d'un programme universitaire de 4 ans. À l'opposé, les participantes résidant au Texas et en Californie présentent davantage de diversité de statut d'éducation. Conséquemment à ce niveau d'éducation plus élevé que la moyenne nationale, les participantes déclarent également un salaire annuel moyen plus élevé que la moyenne des foyers latino-américains, à 69 100\$ par an. La plupart des participantes (11) déclarent un salaire annuel familial entre 40 000 et 70 000\$.

Sur le plan identitaire et idéologique, les participantes ont répondu à quatre questions pouvant dénoter une influence sur leur expérience et perception de l'accès aux soins de santé. La première question portait sur leur affiliation religieuse. Conformément à la prédominance du catholicisme dans la communauté latino-américaine, 12 participantes s'identifient comme catholique. Une participante mentionne être spirituelle, mais sans affiliation religieuse précise, et 12 mentionnent être agnostiques (6) ou religieusement non-affiliée (6).

La seconde question concernait le milieu de vie des participantes. En effet, le milieu de vie peut avoir un impact sur l'idéologie ainsi que sur l'accès aux services, le niveau de ruralité ayant un impact direct sur la disponibilité des services de soins de santé, ce qui peut avoir un impact sur les réponses des participantes. Ainsi, sur les 25 participantes, 8 identifient leur milieu de vie comme étant une métropole; 10 déclarent vivre dans un milieu urbain; 6 dans un milieu suburbain

(banlieue); et une participante considère son milieu de vie comme étant rural. Initialement, il était prévu de réaliser les entrevues auprès des femmes selon leur positionnement géographique au sein même des États afin d'illustrer les dynamiques découlant de la division entre régions rurales et urbaines. Toutefois, les difficultés de recrutement à distance ont mené à un abandon de cet objectif initial, mais l'analyse de l'accessibilité en fonction du milieu urbain ou rural demeure présente dans le traitement des données. La littérature, modeste, mais récente sur les problématiques d'accès différenciées entre les zones rurales et urbaines, qui postulent qu'une femme résidant dans un milieu urbain a plus de facilité à accéder aux services de santé reproductive en raison d'une offre plus grande qu'en milieu rural, sera ainsi mobilisée.

Troisièmement, les participantes ont répondu à une question portant sur leur orientation sexuelle. À cette question, 16 ont répondu être hétérosexuelles, 6 sont bisexuelles et 3 sont en questionnement. Bien que le pourcentage d'adultes s'identifiant comme membre de la communauté LGBTQ+ est plus élevé au sein de la communauté latino-américaine qu'au sein des autres communautés ethnoculturelles, le nombre de participantes à notre étude s'identifiant comme LGBTQ+ est deux fois plus élevé (24%) que la proportion dans la communauté (11% (Galván, 2022)). De plus, les participantes ont répondu à une question portant sur leur statut marital. Une majorité des participantes (13) étaient célibataires au moment de l'étude; 10 étaient mariées et 2 étaient en couple.

Dans le questionnaire démographique, les participantes ont également été invitées à répondre à trois questions portant sur leur statut migratoire et leur origine ethnoculturelle. Ainsi, le bassin de participantes présente une variété de statut migratoire : 19 sont citoyennes étasuniennes, dont cinq naturalisées<sup>25</sup>; 2 participantes détiennent une résidence permanente; 3 participantes détiennent un visa (d'étude ou de travail) et une participante a un permis DACA. Conséquemment, 11 participantes sur 25 sont immigrantes de première génération, c'est-à-dire qu'elles sont nées hors des États-Unis (9 sont nées au Mexique; 1 en Équateur et 1 en République-Dominicaine) et y ont ensuite immigré. Parmi les 14 participantes nées aux États-Unis, 7 sont immigrantes de deuxième génération, à savoir qu'au moins un de leur parent est né hors des États-Unis, 3 sont immigrantes

---

<sup>25</sup> Quatre participantes ont déclaré être citoyennes naturalisées. La cinquième participante considérée comme citoyenne naturalisée a déclaré un statut de citoyenne, mais a également mentionné être immigrante de première génération et née hors des États-Unis. Nous la considérons donc comme citoyenne naturalisée.

de troisième génération (un ou plusieurs grands-parents nés hors des États-Unis) et 4 sont immigrantes de plus de trois générations.

Finalement, concernant leur relation avec les services de santé reproductive, une majorité des participantes a répondu ne pas utiliser de moyen de contraception (14) ; 17 n'ont jamais été enceintes, dont une participante ne pouvant pas être enceinte; 7 ont déjà été enceinte au moins une fois (4 participantes ont été enceintes à deux reprises et 3 participantes à trois reprises) et une participante n'a pas répondu à la question. La majorité des participantes n'a pas obtenu d'avortement (20).

**Tableau 2.5 Portrait démographique des participantes au sondage ayant accepté d'être contactées pour l'entretien semi-dirigé**

	Total	CA	NY	PA	TX
<b>Participantés à l'entretien semi-dirigé</b>					
<b>Âge</b>					
0-19 ans†					
20-29 ans	13	4	1	1	7
30-44 ans	8	2	2	2	2
45-64 ans	4	1	1	1	1
65 ans +					
<b>Langue parlées</b>					
Anglais	6		2		4
Espagnol	2	2			
Anglais & Espagnol	15	4	2	4	6
Espagnol & Spanglish	1	1			
<b>Langue parlée à l'enfance</b>					
Anglais	2		1		1
Espagnol	13	6	2	2	3
Anglais & Espagnol	10	1	1	2	6
<b>Niveau d'éducation °</b>					
Diplôme secondaire	3	1			2
Université 2 ans	1	1			
Université 4 ans	10	1		3	6
Maîtrise	8	3	2	1	2
Doctorat	2	1	1		
Post-doctorat	1		1		
<b>Revenu familial</b>					
10 000 – 25 000\$	2			1	1
25 000 – 40 000\$	3	1	1		1
40 000 – 55 000\$	7	2	1	1	3
55 000 – 70 000\$	4	2	1		1
70 000 – 85 000\$	1	1			
85 000 – 100 000\$	2	1			1
100 000\$ et plus	6		1	2	3

<b>Affiliation religieuse</b>					
Catholique	12	4	1	2	5
Non-affiliée	6	2	1	1	2
Agnostique	6	1	1	1	3
Spirituelle	1		1		
<b>Statut marital</b>					
Mariée	10	5	1	2	2
En couple	2			1	1
Célibataire	13	2	3	1	7
<b>Orientation sexuelle</b>					
Hétérosexuelle	16	6	2	3	5
Bisexuelle	6		1	1	4
En questionnement	3	1	1		1
<b>Milieu de vie</b>					
Métropole	8	1	1	2	4
Urbain	10	5	2	1	2
Suburbain	6	1	1	1	3
Rural	1				1
<b>Type de logement</b>					
Locataire – chambre	2		2		
Locataire – appartement	12	4	2	1	5
Locataire – maison	1			1	
Propriétaire – appartement	2	1			1
Propriétaire – maison	4			2	2
Avec famille	3	2			1
Couchsurfing	1				1
<b>Nombre d'individus dans le logement</b>					
1-3	16	4	2	2	8
4-6	6	2	1	2	1
7-9	2	1			1
10-12					
13+	1		1		
<b>Statut migratoire</b>					
Citoyenne étasunienne	15		2	4	8
Citoyenne naturalisée	5*	2	2*		1
Résidente permanente	2	2			
Visa	3	2			1
DACA	1	1			
<b>Génération d'immigration</b>					
Première	11	7	2		2
Deuxième	7		1	3	3
Troisième	3			1	2
Plus de troisième	4		1		3
<b>Pays de naissance</b>					
États-Unis	14		2	4	8
Mexique	9	7			2
Équateur	1		1		
République-Dominicaine	1		1		
<b>Contraception</b>					
Oui	11	3	1	2	5

Non	14	4	3	2	5
<b>Grossesse</b>					
0	16	5	2	1	8
1					
2	4			2	2
3	3	1	1	1	
Ne peut pas	1	1			
Sans réponse	1		1		
<b>Avortement</b>					
Oui	4	1	1	2	
Non	20	6	2	2	10
Sans réponse	1		1		
<b>Répondantes ayant acceptée de faire l'entretien, mais n'ayant pas pris rendez-vous ou ne s'étant pas présentée</b>					
<b>Âge</b>					
0-19 ans†	2				2
20-29 ans	12	4	1	2	6
30-44 ans	6	5		1	
45-64 ans	2	2			
65 ans +					
<b>Langue parlées</b>					
Anglais	5	1		2	2
Espagnol	6	4		1	1
Anglais & Espagnol	8	5	1		3
Espagnol & Spanglish	1	1			
Sans réponse					2
<b>Langue parlée à l'enfance</b>					
Espagnol	10	8		1	1
Anglais & Espagnol	9	3		2	5
Sans réponse	3		1		2
<b>Niveau d'éducation °</b>					
Diplôme secondaire	2			1	1
Université 2 ans	1	1			
Université 4 ans	12	6	1		6
Maîtrise	4	3		1	
Doctorat	2	1		1	
Sans réponse	1				1
<b>Revenu familial</b>					
Moins de 10 000\$	4	1		1	2
10 000 – 25 000\$	5	3			2
25 000 – 40 000\$	5	3		1	2
40 000 – 55 000\$	2			1	1
55 000 – 70 000\$	1	1			
70 000 – 85 000\$					
85 000 – 100 000\$	1	1			
100 000\$ et plus	2	1			
Sans réponse	2		1		1
<b>Affiliation religieuse</b>					
Catholique	10	7			4
Protestante	1	1			

Agnostique	6		1	1	4
Athée	2	1		1	
Autre	1	1			
Sans réponse	2	1		1	
<b>Statut marital</b>					
Mariée	5	3			2
Union civile	2	1		1	
Divorcée	1				1
Célibataire	14	7	1	2	5
<b>Orientation sexuelle</b>					
Hétérosexuelle	15	9	1	2	4
Homosexuelle	2	1			1
Bisexuelle	4	1		1	2
En questionnement	1				1
<b>Milieu de vie</b>					
Métropole	8	4	1	1	2
Urbain	10	5		1	4
Suburbain	4	2		1	2
Rural					
<b>Type de logement</b>					
Locataire – chambre	3	2	1		
Locataire – appartement	11	4		2	5
Locataire – maison	2	1		1	
Propriétaire – appartement	1	1			
Propriétaire – maison	3	3			
Résidence étudiante	1				1
Avec famille					1
Sans réponse	1				1
<b>Nombre d'individus dans le logement</b>					
1-3	14	7		3	4
4-6	7	3	1		3
7-9	1	1			1
10-12					
13+					
<b>Statut migratoire</b>					
Citoyenne étasunienne	11	3		2	7
Citoyenne naturalisée	3*	2			1*
Résidente permanente	1	1			
Visa	5	3	1	1	
Non documentée	1	1			
Sans réponse	1	1			
<b>Génération d'immigration</b>					
Première	11	8	1	1	1
Deuxième	3	1			3
Troisième	5			2	3
Plus de troisième	1	1			
Sans réponse	2**	1			1
<b>Pays de naissance</b>					
États-Unis	9	3		2	5
Mexique	8	6	1		1
Salvador	1			1	

Chili	<b>1</b>	<b>1</b>			
Sans réponse	<b>3</b>				<b>2</b>
<b>Contraception</b>					
Oui	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
Non	<b>6</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Grossesse</b>					
0	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
1	<b>3</b>	<b>2</b>			<b>1</b>
2	<b>5</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	
3	<b>2</b>	<b>2</b>			
Ne peut pas	<b>1</b>				<b>1</b>
Sans réponse					
<b>Avortement</b>					
Oui	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	
Non	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
Sans réponse					

† Les participantes à l'étude devant avoir 18 ans ou plus, les participantes comptabilisées dans cette catégorie d'âge ont 18 ou 19 ans.

° Dans le questionnaire, les participantes avaient également l'option « Elementary school / Primary school » et « Middle school », représentant les deux situations où une personne n'aurait pas obtenu un diplôme d'études secondaires. Aucune participante n'a sélectionné l'une de ces deux options.

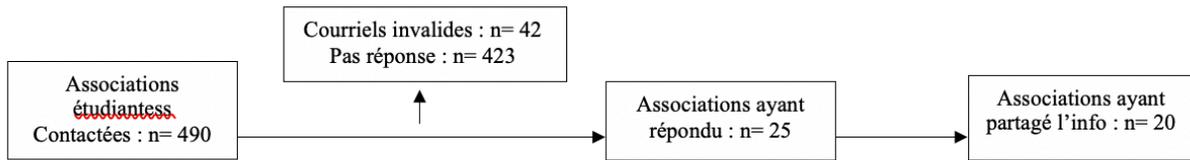
\*Deux participantes, une ayant réalisé l'entrevue et une n'ayant pas réalisé l'entrevue, sont comptabilisées comme citoyennes naturalisées et non citoyennes étasuniennes (tel que déclaré dans leur questionnaire) car elles ont également indiqué être immigrantes de première génération.

\*\*Considérant leur réponse aux autres questions, il est possible que les deux participantes n'ayant pas répondu à la question sur la génération d'immigration ait un statut migratoire précaire et non la citoyenneté étasunienne.

### 2.3.2.3 Les méthodes de recrutement

Le recrutement pour le terrain de recherche s'est effectué en deux temps. D'abord, il s'agissait de diffuser le sondage le plus largement possible afin de recruter des participantes dans chacun des quatre États étudiés et obtenir un échantillonnage le plus représentatif possible en terme socioéconomique et de statut migratoire. Plusieurs techniques de diffusion du sondage ont été utilisées afin de rejoindre différents sous-groupes de la population visée (Vu et al., 2021). D'abord, le sondage a été envoyé à des associations étudiantes (voir Figure 2.1). Le taux de réponse et de partage des associations étudiantes a été bas. Toutefois, l'objectif de la recherche n'étant pas d'identifier le meilleur moyen pour rejoindre les participantes (voir Vu et al., 2021), le sondage n'incluait pas une question visant à savoir comment la participante a entendu parler de la recherche. Ainsi, il est possible de mesurer le taux de partage par type d'organisation, mais pas le taux de recrutement par chacune des voies.

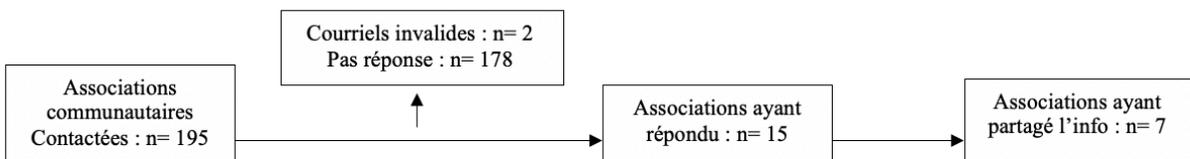
**Figure 2.1 Associations étudiantes approchées pour la diffusion du sondage et taux de réponse**



Les associations étudiantes visées étaient des groupes regroupant les étudiant.e.s latino-américain.e.s, les femmes dans des domaines spécifiques, articulés autour d'enjeux liés aux droits des femmes, défendant une position pro-choix ou anti-choix, ainsi que les associations des étudiant.e.s aux cycles supérieurs.

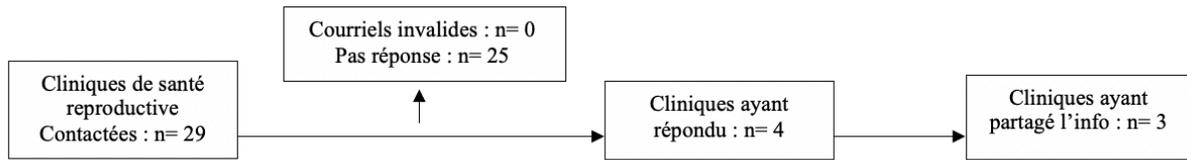
Ensuite, le questionnaire a été envoyé par courriel à des associations communautaires et organismes non gouvernementaux. Le niveau de retour des organisations communautaires a été plutôt bas, ce qui était une réponse attendue en raison du contenu de la recherche et de la gestion de plusieurs organismes communautaires et intervenant auprès de la communauté immigrante latino-américaine par des organismes religieux (voir Figure 2.2).

**Figure 2.2 Associations communautaires et organismes non gouvernementaux approchés pour la diffusion du sondage et taux de réponse**



En troisième lieu, les cliniques offrant des soins en santé reproductive ont été approchées afin de partager le sondage avec leurs patientes ou dans leur infolettre. Quelques cliniques de sage-femmes pratiquant en Pennsylvanie ont également été contacté et ont accepté de partager les informations concernant la recherche avec leur patiente et afficher une affiche de recrutement dans leurs locaux (voir Figure 2.3).

**Figure 2.3 Cliniques de santé reproductive approchées pour la diffusion du sondage et taux de réponse**



Quatrièmement, le questionnaire a également été partagé directement à des élu.e.s au Congrès, des élu.e.s locaux et deux représentations du Québec (New York et Washington). Dans un cinquième temps, des publications ont été réalisées sur les réseaux sociaux. Sur Twitter, des publications ponctuelles ont été réalisées afin de recruter des participantes. Ces publications ont été repartagées par des collègues et connaissances. Ensuite, sur Facebook, des publications ciblées ont été réalisées dans des groupes pour les communautés latino-américaines dans les États de la Californie, de la Pennsylvanie et de New York. Sixièmement, des courriels ciblés ont été envoyés à des collègues qui travaillent sur des enjeux connexes et/ou qui sont affilié.e.s à des universités ou centres de recherches dans l'un des quatre États étudiés. Un courriel a également été envoyé via le listserv de l'*Association for Borderlands Studies*. Septièmement, une annonce a été placée dans le journal *Métro* à Philadelphie durant deux semaines afin de recruter des participantes en Pennsylvanie (voir Figure 2.4).

Figure 2.4 Annonce dans le journal Metro de Philadelphie

## Minneapolis voters to decide on scrapping police department, 18 months after George Floyd murder

Angela Harrelson points toward a blue angel painted on the pavement, marking the spot where a Minneapolis police officer murdered her nephew George Floyd and ignited a national police reform movement. "If a mental health worker or a social worker had been with the police the day my nephew died right here, he might very well still be alive today," Harrelson said. "I don't want to abolish the police, but we need to do something different."

On Tuesday, Minneapolis voters get to decide just how different their city's approach to policing should be. A ballot question asks residents whether they want to replace the police department with a new department of public safety in the first big election since the officer's shooting by Floyd's May 2020 killing.

But even after the outrage over his death and the tense protests that followed, the progressive city is deeply divided over the future of its law enforcement. The split illustrates the tricky calculus around overhauling policing in major U.S. cities, as residents fear for their safety amid crime spikes and Democratic politicians worry about Republicans weaponizing the issue in next year's congressional elections.

Minneapolis Police Chief Medina Annunzio opposes the measure. Mayor Jacob Frey, who is seeking reelection on Tuesday, is also against it. Neither responded to requests for comment from Reuters.

Conversations with dozens of voters cutting across racial and socioeconomic lines in Minneapolis in recent days revealed a range of views. Nearly all expressed confusion over what exactly would happen if the proposal is approved.

That is in large part because the particulars of the new public safety department would only be hashed out by the mayor and city council in the months after the vote.

Opponents say the measure would make good on the city council's threat in the days after Floyd's death to "defund the police." They say Minneapolis, with a population of about 400,000 people, needs more officers, not fewer, as it grapples with a crime wave.

Supporters insist police would remain on their jobs, though perhaps in smaller numbers. They say the change would mean approaching safety in a holistic manner, including addressing the root causes of crime before it takes

place.

If approved, the department of public safety would create a larger agency that would include police officers as well as mental health professionals, housing and addiction experts, and people trained in de-escalating conflict to respond to 911 calls where an armed officer may not always be needed.

The new department would answer not just to the mayor but also the city's 13 council members, which supporters say would give residents more influence in how policing is carried out.

"That police have been doing for decades does not work," said the Reverend Jesse Bates, with the 40-Minneapolis campaign that supports creating the new safety department. "We want the city to have the nimbleness to match its safety needs with the resources available."

**'BIG EXPERIMENT'**

Homicides in Minneapolis were up more than 17% through the end of September, compared to the same period in 2020. Robberies and aggravated assaults also have increased.

More than 200 police officers have left the force since Floyd's murder. Police who remain have in many ways stopped engaging with the community, for fear of being involved in another fatal case, a recent Reuters investigation found.

North Minneapolis, a poorer area where more Black residents live, has seen the brunt of all murders in the city have taken place in Precinct 4, where residents complain of streets filled with shootings, carjacking and other violent petty crime.

"This entire thing is a crime, progressive movement man," said Jelo Wilson, a Black barber shop owner in north Minneapolis, referring to efforts to replace the police department. "We're trying to turn it into some damn big experiment."

Like other residents on the north side who spoke with Reuters, Wilson said police reform is needed desperately — but within the current structure. He said those living with daily violence don't have the luxury to try drastic "new approaches."

In the Howell neighborhood north of Wilson's barber shop, Anna Gordon, who is white and described herself as a

Frank McCray III campaign to encourage voters ahead of the November 2nd vote on the future of the police department in Minneapolis.

progressive Democrat, oversees the prosecution of former police officer Derek Chauvin, who pinned Floyd's neck to the ground for more than nine minutes with his knee. Wilson said now is the time for true change.

"If we're saying that George Floyd could be murdered on the streets of this town — and we're not willing to take any institutional change to address that to me that's sad and it's a little scary," said Ellison, who lives in Minneapolis. "My hope is that we actually respond to what's happening here, in a way designed to prevent it from happening again."

Back on the street where Floyd was killed in south Minneapolis, Bridgette Stewart and other members of a community watch group had just returned from the scene of a drive-by shooting where three people were injured last Tuesday. The group, Aggie Move

**NEWS**



**NEWS**

**NEWS**

**LATINA WOMEN, HOW'S YOUR ACCESS TO REPRODUCTIVE HEALTH CARE IN PENNSYLVANIA?**

Let us know by answering a short online survey & receive a \$25 gift card!

Research conducted by: American Research, PhD Candidates, LGBTQ+ Community, LGBTQ+ Healthcare and Wellness Support

PHOTO: GARY WELLS/GETTY IMAGES FOR PHILADELPHIA METRO

**metro**

Get the best of Metro Philadelphia in your inbox.

Sign up at [philly.metro.us](http://philly.metro.us)

**Astronaut Mission Simulation**

This 8-day study aims to research resilience to spaceflight in 4-person teams confined in an isolation chamber at the Univ. of Pennsylvania. Must be healthy, about 27-55 years old, with a BS/BA degree or military experience. Financial compensation will be provided for time & travel.

**Call: 215-573-5855**

**Penn Medicine**

Concernant le recrutement pour les entretiens semi-dirigés, celui-ci a été réalisé par le biais du questionnaire en ligne dont la dernière question visait à récolter l'adresse courriel des participantes désirant être contactées pour l'entretien. Un courriel était ensuite envoyé aux participantes et, à la réception d'une réponse positive, un rendez-vous était pris. Suite à l'entrevue, les participantes étaient également sollicitées pour partager le sondage dans leur entourage si elles étaient à l'aise de le faire.

### 2.4 L'analyse des données qualitatives

Le traitement et l'analyse des données qualitatives recueillies dans le cadre du questionnaire en ligne et des entretiens semi-dirigés a été réalisée en trois temps.

Dans un premier temps, les données recueillies dans le cadre de l'enquête démographique ont été traitées afin de dresser un portrait des participantes à quatre niveaux : un portrait global regroupant

117

toutes les participantes ayant complété le questionnaire ; un portrait global des participantes ayant complété l'entretien semi-dirigé ; un portrait des participantes à l'entretien dirigé par État de résidence ; et un portrait de la participante moyenne selon les différents indicateurs. Les questions incluses dans la section portant sur les variables démographiques permettent de situer les participantes selon les différents lieux d'oppression étudiés, soit le genre, l'origine ethnoculturelle, la culture, la langue, la religion, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique et le statut migratoire.

Dans un second temps, il s'agit de traiter et d'analyser les données recueillies dans le cadre du questionnaire en ligne. Les réponses au sondage ont été exportées de LimeSurvey vers un fichier Excel. Une première étape de traitement des données a permis d'éliminer les réponses incomplètes ainsi que les réponses complètes, mais provenant de questionnaires remplis par une participante ne résidant pas dans l'un des États étudiés. La seconde étape de traitement des données a permis d'isoler les questions pertinentes à l'analyse de l'accès et de la perception d'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines et de les classer selon les critères d'analyse (Tableau 2.6). Les questions concernant le portrait démographique n'ont pas été considérées à ce stade, puisque les réponses à ces questions seront associées à l'analyse lors de l'étape suivante.

**Tableau 2.6 Classification des questions du questionnaire selon les critères d'analyse**

<b>Critères d'analyse</b>	<b>Questions</b>
Expérience de l'accès aux soins de santé reproductive (avortement)	P3Q20. Do you have health insurance ?
	P4Q1. Do you use contraception?
	P4Q2A. If so, what type of contraception do you use?
	P4Q2B. How much do you pay per year for your contraception?
	P4Q3. Is it easy for you to access contraception? Why?
	P8Q1. For the following situation, please indicate if you ever experienced it in your life.
	P9Q1. Have you ever been pregnant?
	P10Q3. Have you ever had an abortion?
	P10Q4. Could you provide a history of abortion?
	P10Q5. How would you rate the care received?
	P10Q6. What are some of the reasons why you decided to have an abortion?
	P10Q7. Did you receive care in the state you live in or out of state?

	<p>P10Q8. (If out of state) In which state did you receive care?</p> <p>P10Q9. (If out of state) Why did you travel out of state to receive care?</p> <p>When trying to access abortion, did you...</p> <p>P10Q10. Have any trouble finding the funds to pay for the procedure?</p> <p>P10Q11. Have any trouble physically accessing the clinic?</p> <p>P10Q12. Have to obtain parental consent because you were under 18 and your state requires it?</p> <p>P10Q13. Experience fear being apprehended by immigration on your way to the clinic/at the clinic/on your way home?</p> <p>After receiving care...</p> <p>P10Q14. Did you talk to family members about it?</p> <p>P10Q14b. If so, were your family members supporting?</p> <p>P10Q15. Did you talk to friends about it?</p> <p>P10Q15b. If so, were your friends supporting?</p> <p>P11Q3. Have you ever been pressured into getting an abortion?</p> <p>P11Q4. Have you ever attempted to terminate a pregnancy at home/self-induce?</p> <p>P11Q4a. (If yes) Was there a reason why you chose self-inducing over clinic provided care? You can check more than one reason.</p>
Perception de l'accès et des soins de santé reproductive	<p>P7Q1. How did you learn about reproductive health?</p> <p>P7Q2. Have you discussed reproductive health with your parents?</p> <p>P7Q3. If you have a child/children, have you discussed reproductive health with your child/ren?</p> <p>P10Q1. If you were to want to terminate a pregnancy, do you know of...</p> <p>P10Q2. Approximately, how far from your house is the nearest clinic offering abortion services?</p> <p>P10bQ1. Have you ever wanted to have an abortion but were unable to access it?</p> <p>P10bQ2. (If yes) What obstacles prevented you from accessing wanted care? Check all that applies.</p> <p>P11Q5. Do you know what misoprostol is and what it does?</p> <p>P11Q6. Have you ever heard of abortion funds prior to this survey?</p>
Vision idéologique de la participante face à l'avortement	<p>After receiving care...</p> <p>P10Q14. Did you talk to family members about it?</p>

	P10Q14b. If so, were your family members supporting? P10Q15. Did you talk to friends about it? P10Q15b. If so, were your friends supporting?
	P11Q1. Is abortion...
	P11Q2. How would you describe your political view of abortion?

Troisièmement, les entretiens semi-dirigés ont été retranscrits manuellement dans la langue dans laquelle ils ont été réalisés. Une fois retranscrits, les entretiens ont été associés aux réponses données aux questions préalablement identifiées à l'étape deux de la gestion des données, afin de permettre une meilleure analyse intersectionnelle des données recueillies.

Finalement, les entretiens retranscrits ont été codés à l'aide du logiciel NVivo. Afin de coder les entretiens, nous avons établi une liste de mots thématiques pour ensuite créer les nœuds permettant de coder les entretiens selon les thèmes analysés dans le sondage et les entretiens semi-dirigés (voir Tableau 2.7). Les entretiens ont été codés selon ces nœuds et sous-nœuds (voir Annexe 6 pour un exemple de codage), permettant de ressortir les éléments des entrevues abordant les éléments concernant les trois thématiques suivantes : l'expérience de l'accès aux soins de santé – et plus spécifiquement l'avortement ; la perception de l'accès aux soins ; et la vision idéologique de la participante face à l'avortement. En codant les entretiens en relation avec des éléments démographiques, il a également été possible de voir l'influence de ces variables sur ces trois thématiques principales. Concernant le genre et l'origine ethnoculturelle, aucune variation n'est observée en ce sens que la thèse porte sur l'accès des femmes latino-américaines. Au niveau culturel, deux éléments ont fait l'objet d'une attention particulière, à savoir les éléments culturels pouvant influencer la décision d'une femme latino-américaine d'accéder à l'avortement et sa perception de celui-ci, ainsi que son niveau d'acculturation, notamment en relation avec la génération d'immigration. En effet, le niveau d'acculturation peut, dans certains cas, affecter l'affiliation idéologique des femmes, mais il importe de noter que certaines migrantes de première génération sont plus progressistes sur les valeurs sociales que des migrantes de seconde ou troisième génération : l'expérience pré-migratoire, les raisons de la migration, l'éducation, le lieu de résidence et la communauté sont autant de facteurs pouvant entraîner une variation de

l'influence de l'acculturation sur la vision qu'a une femme de l'avortement. Ensuite, la religion de la femme, et son rapport à celle-ci, constitue un élément identitaire qui a été pris en considération – notamment en termes d'accès à l'information, d'éducation sexuelle et son opinion de la pratique. La langue, à savoir la maîtrise de l'anglais, permet d'aborder les lieux d'oppression particuliers aux femmes unilingues hispanophones ainsi que leur perception des soins reçus et l'accessibilité de ceux-ci selon leur positionnement géographique. Finalement, le statut migratoire est l'un des facteurs identitaires centraux à notre analyse, permettant d'analyser l'impact que celui-ci a, toujours selon le positionnement géographique de la femme, sur son accessibilité et sa perception d'accessibilité à l'avortement.

**Tableau 2.7 Noeuds et sous-noeuds pour le codage dans NVivo**

<b>Nœuds</b>	<b>Sous-noeuds</b>
Âge	
Éducation	Connaissance Éducation sexuelle Statut socio-économique
Soutien familial	
Peur	
Genre	
Position géographique	
Statut migratoire	Citoyenne ou statut légal Non documentée
Information	Accès à l'information Compréhension de l'information Véridicité de l'information
Langue	Accent ou niveau d'anglais Compréhension
Mobilité	
Perception d'accès	
Idéologie politique	Lois ou politiques étatiques Débat politique
Race et ethnicité	Couleur de peau Culture Famillismo
Honte	
Tabou	Rôle de genre Génération Religion
Trauma	

## 2.5 Réaliser terrain en temps de pandémie : Obstacles rencontrés et limitations

La conceptualisation de la présente recherche s'est amorcée en septembre 2018. À l'automne 2019, un séjour de recherche préparatoire a été réalisé à l'Université du Texas à El Paso, où les contacts préliminaires avec des organismes locaux et les échanges informels réalisés durant le séjour de quatre mois ont permis de réfléchir et conceptualiser le squelette du plan de discussion pour les entretiens semi-dirigés. À ce moment, il était prévu qu'un terrain de recherche de 4 à 6 mois soit réalisé entre avril et septembre 2021 pour trouver des participantes et mener les entretiens, soit environ un mois par État étudié. Ce terrain de recherche devait également permettre une observation participante autour des cliniques offrant les services d'avortement et dans les villes de résidence des participantes. Toutefois, la pandémie de COVID-19 a entraîné un nécessaire réajustement des plans d'un terrain de recherche en personne. En effet, l'Université du Québec à Montréal a émis une interdiction de déplacements internationaux pour tou.te.s les étudiant.e.s et employé.e.s de l'Université de mars 2020 au 27 octobre 2021. Conséquemment, la décision a été prise d'adopter la méthodologie présentée précédemment, soit un questionnaire en ligne et des entretiens semi-dirigés par Zoom. Ce changement de méthodologie, rendu nécessaire par la situation de pandémie mondiale, vient avec des points positifs et des limitations qui seront explicitées ici.

Dans un premier temps, le changement de méthodologie a permis d'inclure un questionnaire. Cette étape, initialement non incluse dans la méthodologie préliminaire, permet d'obtenir un bassin de participantes plus larges, offrant à celles-ci la possibilité de simplement remplir le questionnaire sans participer à l'entretien semi-dirigé. Considérant les craintes recensées dans les populations à statut précaire (Shedlin et al., 2011 ; Olukotun et Mkandawire-Valhmu, 2020 ; Fete et al., 2019), la possibilité de remplir un questionnaire en ligne a possiblement permis à des participantes qui n'auraient autrement pas été confortables de répondre à nos questions. De plus, le questionnaire, de par son format, permet de poser des questions différentes de celles de l'entretien semi-dirigé, offrant ainsi un portrait plus complet des opinions, expériences et perceptions des participantes. Cela permet également de mieux situer les réponses obtenues lors des entretiens semi-dirigés.

Ensuite, la réalisation d'un recrutement à distance a été porteur de nouveaux défis, mais également s'est avéré être un espace d'analyse pertinent pour mieux comprendre les stratégies de recrutement

pouvant fonctionner avec des participantes latino-américaines à statut migratoire varié. Tel qu'exposé précédemment, de nombreuses méthodes de recrutement ont été utilisées afin de diffuser le questionnaire. Ainsi, une diffusion auprès des associations étudiantes a permis de recueillir des expériences de participantes plus jeunes, à statuts socioéconomiques variés, mais dont le statut migratoire est quasi exclusivement non-précaire. À l'opposé, une publication dans un groupe Facebook tend à inciter une participation de femmes plus âgées, à statuts migratoires variés et à statuts socioéconomiques variés.

Par contre, le recrutement en ligne a également été porteur de nouveaux défis. Aux contraintes habituelles au recrutement, tels la réticence des personnes à statut précaire à participer à des études et la réticence que peuvent avoir les femmes à parler de leurs expériences avec la santé reproductive, encore considérée par plusieurs comme étant un sujet tabou, se sont ajoutées des contraintes liées au recrutement à distance. D'abord, malgré des approches diverses, les organismes communautaires ont été plus difficiles à rejoindre. En raison de la distance, il était difficile de créer des liens avec des organismes communautaires, de démontrer la pertinence d'une association, de prouver le caractère authentique et sincère de la recherche et de déconstruire les tabous existants autour de la santé reproductive. Ensuite, outre la difficulté de créer des liens avec les organismes, l'impact de la distance a été accentué par une réticence accrue des populations latino-américaines à s'exposer suite à la présidence de Donald Trump. Durant les quatre années de la présidence Trump (2017-2020), des espaces autrefois exempts de contrôles migratoires, et ainsi considérés comme « sécuritaires » par les individus à statut précaire, tels les hôpitaux, les églises et les écoles, sont devenus des lieux où des contrôles migratoires pouvaient avoir lieu (Parson et Heckert, 2014; Martinez et al., 2015 : 964; Krueger, 2017; García Hernández, 2017; Medina, 2017). Cette réticence particulière aux populations latino-américaines a également été mesurée par des discussions informelles avec des collègues menant des recherches avec la même population. Troisièmement, si la transposition de la recherche en ligne a permis d'une part de recruter des participantes qui autrement n'auraient pas été enclines à participer, la barrière technologique a pu avoir l'effet inverse sur d'autres participantes, affectant ainsi notre bassin de participantes. Comme le recrutement s'est fait quasi-exclusivement en ligne et que le sondage devait être rempli virtuellement, cela limitait la participation de femmes latino-américaines ayant un accès limité – ou pas d'accès – à internet. Finalement, si dans chaque État près de 50% des participantes ayant

complété le sondage ont répondu être intéressée à participer à l’entrevue semi-dirigé, une majorité d’entre elles n’ont pas donné suite au courriel visant à prendre un rendez-vous pour l’entrevue. Ainsi, le nombre de répondantes au sondage excède significativement le nombre de répondantes au sondage et des stratégies de recrutement supplémentaires ont dû être mises en place tout au long de l’automne pour recruter de nouvelles participantes.

La réalisation d’un terrain de recherche en temps de pandémie a ainsi eu, d’une part, des impacts directs sur le processus de recrutement des participantes, impacts qui ont d’une part permis d’explorer de nouvelles méthodologiques et de nouvelles techniques de recrutement, mais qui ont également alourdi la méthodologie et le recrutement. D’autre part, la pandémie et la réalisation d’un terrain « virtuel » a rendu impossible une immersion complète dans le sujet de recherche. En raison de la distance imposée par le virtuel, il était impossible d’être pleinement « sur le terrain », comme c’est normalement possible lors de terrains « normaux », soit en personne. Conséquemment, nous avons une impression constante d’être entre deux, ni pleinement sur le terrain, ni pleinement à Montréal, au moment de la réalisation des entretiens semi-dirigés. La réalisation d’entretiens virtuels a également imposé une distance supplémentaire entre les participantes et la chercheure, rendant d’autant plus cruciales les expressions faciales non-verbales et les expressions verbales lors des interventions des participantes afin de transcender le cadre « froid » de Zoom.

### CHAPITRE 3

## CORPS (IM)MOBILES : LE POSITIONNEMENT GÉOGRAPHIQUE ET LA PERCEPTION DE L'ACCÈS

Tel qu'illustré précédemment (voir Chapitre 1), la Cour suprême a, au fil de ses décisions, élargi les pouvoirs des États en matière d'élaboration de politiques encadrant l'accès à l'avortement sur leur territoire. Conséquemment, les États ont adopté diverses politiques facilitant ou entravant l'accès à l'avortement, qui, au fil des politiques et discours, a été transformé d'une pratique médicale à un enjeu sociopolitique. Ce faisant, le portrait de l'accès à l'avortement est aujourd'hui intimement lié à la territorialité et au positionnement géographique des femmes. Si certaines régions – et plus encore certains États – sont surnommés des déserts d'accès, d'autres lieux aux États-Unis offrent un accès quasi universel à la procédure. Ainsi, le nombre de cliniques offrant l'avortement médical ou chirurgical, leur localisation et les capacités de se déplacer sont devenus autant d'éléments qui influencent l'accessibilité et la perception d'accès à l'avortement, au point où l'accès à l'avortement est parfois réduit à la seule question de l'État de résidence (voir par exemple, Winfield Cunningham, 2018), considérée comme déterminant ultime de l'accès ou du non-accès à la procédure.

Le positionnement géographique est l'une des prémisses de la présente recherche. Comment l'espace dans lequel un corps évolue affecte-t-il l'accessibilité de celui-ci à l'avortement ? Mais également, comment les corps reproductif, comme espaces territoriaux, font-ils l'objet de multiples contrôles de la part des États ? Afin d'aborder ces questions et de comprendre les relations entre le corps, le territoire et le pouvoir, différents espaces géographiques ont été étudiés, afin d'en relever les distinctions géographiques et politiques. À travers les témoignages des participantes, le présent chapitre aborde les impacts du positionnement géographique sur la perception et l'expérience de l'accès à l'avortement. Dans un premier temps, les participantes seront géolocalisées par rapport à la clinique d'avortement la plus près de leur résidence, et les dynamiques influençant l'accès et la fluctuation de celui-ci seront décrites. Dans un second temps, les enjeux de mobilité et d'immobilité seront abordés, permettant une meilleure compréhension des facteurs territoriaux affectant les femmes tant à l'intérieur des États qu'à l'échelle interétatique et internationale. Finalement, la

déterritorialisation de l'avortement sera abordée à travers l'analyse de l'avortement médical à la maison.

### 3.1 « It depends on the zipcode » : Géolocalisation et facteurs géographiques entraînant une fluctuation de l'accès

« I think it depends on the zipcode ». Voici comment Marcela, une participante de Californie, a résumé son accès aux soins de santé reproductive, et à l'avortement, lors de notre entretien. Cet énoncé, qui pourrait décrire une pluralité d'enjeux sociopolitiques aux États-Unis, illustre l'essence de l'argument géographique de l'accès variable à l'avortement : tout dépend du code postal, du positionnement géographique d'une femme sur le territoire étasunien. En effet, l'argument de l'accès à l'avortement à géographie variable s'appuie souvent sur une vision étatique : l'accès est déterminé par le climat politique d'un État et ses lois, entraînant des variations entre les États. Or, l'affirmation de Marcela permet également de pousser la réflexion au-delà de cette échelle étatique. En effet, à partir du code postal, la fluctuation de l'accessibilité géographique peut également être considérée à une échelle plus micro, telle que celle du milieu de vie, voire du quartier à l'intérieur d'une ville. Dans les sections qui suivent, nous analyserons la variable géographique à trois échelles : l'État de résidence; le milieu de vie au sein de l'État (rural/urbain); et la proximité à une frontière internationale.

#### 3.1.1 Géolocalisation des cliniques et des participantes

Afin d'aborder les enjeux de territorialité liés à l'accès et la perception d'accès à l'avortement dans les États étudiés, les participantes ont été géolocalisées, en utilisant leur code postal. À partir de leur domicile approximatif, quatre options d'accès ont été recensées : la clinique la plus proche nonobstant les limitations imposées; la clinique la plus proche offrant la procédure d'avortement jusqu'au deuxième trimestre (limites entre 20 et 24 semaines); la clinique la plus proche offrant l'avortement en une seule visite (absence de période d'attente); et la clinique la plus proche offrant l'avortement chirurgical jusqu'à la 20-24<sup>e</sup> semaine en une seule visite.

La distance entre une clinique et les participantes est influencée par les politiques en place, ainsi que le nombre de cliniques desservant chaque État (Tableau 3.1).

**Tableau 3.1 Nombre de cliniques offrant l’avortement dans chaque État, 2017**

États	Nombre de cliniques (2017)	Variation (2014-2017)
Californie	161	+6%
New York	113	+16%
Pennsylvanie	18	-10%
Texas	21	-25%

Source : Guttmacher Institute

### **Clinique la plus proche**

Les participantes résidant dans l’État de New York habitent, en moyenne, dans un rayon de 7.7 kilomètres (4.8 miles) d’une clinique offrant l’avortement. Une majorité d’entre elles réside dans un rayon de moins de 3.2 kilomètres (2 miles) de la clinique la plus près, alors qu’une participante doit parcourir 19 miles afin d’accéder à la procédure. Parmi les participantes ayant répondu à notre sondage et réalisé l’entretien avec nous, la distance moyenne de la clinique la plus proche est de 3.78 kilomètres (2.35 miles). Trois participantes résident à moins de 1.6 kilomètre (1 mile) de la clinique la plus proche, alors qu’une participante réside à 12.1 kilomètres (7.5 miles) d’une clinique.

En Pennsylvanie, les participantes résident dans un rayon de 32.7 kilomètres (20.3 miles) d’une clinique offrant l’avortement médical, chirurgical ou les deux. Trois participantes résidant à l’extérieur de la région de Philadelphie doivent parcourir une distance supérieure à 96.6 kilomètres (60 miles) pour accéder à la clinique la plus près de leur domicile. De plus, pour trois participantes, la clinique la plus près se situe au-delà des lignes frontalières de la Pennsylvanie, dans l’État de New York, au Delaware ou au New Jersey. Parmi les participantes aux entretiens, la distance moyenne pour les cinq participantes est de 23.05 kilomètres (14.32 miles) et toutes ont accès à une clinique dans leur État de résidence. La moyenne est influencée par une participante résidant en Pennsylvanie rurale, pour qui la clinique la plus proche est à 97.85 kilomètres (60.8 miles).

Dans l'État du Texas, malgré la loi SB8, l'avortement demeure légal jusqu'à la 6<sup>e</sup> semaine de grossesse. Conséquemment, la distance moyenne pour atteindre une clinique offrant la procédure jusqu'à 5 semaines et six jours est de 34.3 kilomètres (21.3 miles). Pour deux participantes, la clinique la plus près de leur domicile est située à l'extérieur des frontières texanes, soit au Nouveau-Mexique ou en Louisiane. Si une majorité des participantes résident à moins de 35 miles d'une clinique, deux participantes résident à une distance de 56.3 à 72.4 kilomètres (35 à 45 miles) d'une clinique; 4 participantes résident à une distance de 74 à 96.6 kilomètres (46 à 60 miles) d'une clinique; et trois participantes résident à plus de 96.6 kilomètres (60 miles) d'une clinique. Au niveau des participantes ayant complété l'entretien, la distance moyenne entre le domicile et la clinique la plus près est de 26.28 kilomètres (16.33 miles). La quasi-totalité des participantes résident à moins de 25 kilomètres (15.5 miles) d'une clinique, à l'exception d'une participante résidant à Corpus Christi, où, nonobstant la loi SB8, la clinique la plus proche est à McAllen, soit un déplacement de 184.75 kilomètres (114.8 miles) dans les deux directions.

Finalement, en Californie, la distance moyenne entre le domicile des participantes et la clinique la plus proche est de 6 kilomètres (3.7 miles). Peu de variation est observée entre les participantes, qui résident toutes à moins de 16.1 kilomètres (10 miles) d'une clinique d'avortement. Parmi les 7 participantes ayant complété l'entretien, la distance moyenne entre le domicile et la clinique est de 8.27 kilomètres (5.14 miles), et ce, indépendamment de leur milieu de vie.

### **Clinique la plus proche offrant l'avortement jusqu'au point de viabilité**

Toutefois, les cliniques situées le plus près du domicile des participantes ne sont pas toujours celles offrant la plus grande accessibilité à l'avortement. En effet, si certaines résident près d'une clinique offrant la procédure jusqu'au point de viabilité, établi comme point temporel jusqu'auquel les États ne peuvent interdire la procédure (*Casey*, 1992), les cliniques ne sont pas dans l'obligation d'offrir la procédure jusqu'à ce stade de la grossesse. Selon le confort et l'expertise des médecins employé.e.s par ces cliniques, la limite temporelle offerte par la clinique peut différer de celle imposée par l'État. Ainsi, il importe de situer géographiquement les participantes par rapport à la clinique la plus près offrant le service jusqu'au point de viabilité.

Dans l'État de New York, la clinique la plus proche du domicile du tiers des participantes n'offre pas la procédure jusqu'au point de viabilité. Conséquemment, la moyenne de la distance entre leur domicile et la clinique offrant l'avortement jusqu'à la 24<sup>e</sup> semaine augmente à 27.4 kilomètres (17 miles), un chiffre gonflé en raison d'une participante à notre étude qui réside dans Upstate New York et pour qui la clinique la plus près se trouve au New Hampshire. Au niveau des participantes à l'entretien, la distance moyenne de déplacement est de 6.81 kilomètres (4.23 miles), et toutes ont accès au service dans un rayon de moins de 24.14 kilomètres (15 miles).

En Pennsylvanie, la distance moyenne grimpe à 49.6 kilomètres (30.8 miles) pour obtenir un avortement jusqu'au point de viabilité. Pour toutes les participantes résidant dans un milieu urbain, la clinique la plus proche de leur résidence offre l'avortement jusqu'à 23 semaines et 6 jours, soit la limite imposée par l'État. Par contre, les participantes résidant à l'extérieur d'un grand centre urbain doivent parcourir 8 et 50 miles de plus, et dans certains cas, doivent se déplacer hors de la Pennsylvanie. Pour les participantes ayant également réalisé l'entretien, la distance moyenne pour obtenir un avortement au point de viabilité est de 39.2 kilomètres (24.36 miles), et aucune n'a à quitter son État de résidence pour accéder à une clinique à proximité.

Cela n'est pas le cas pour les participantes résidant au Texas. En raison de l'interdiction de l'avortement à partir de la 6<sup>e</sup> semaine de grossesse, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2021 dans le *Lone Star State*, les Texanes doivent se déplacer dans les États limitrophes pour accéder à l'avortement. Pour les participantes à la présente recherche ces États sont l'Oklahoma (où l'avortement est légal jusqu'à la 22<sup>e</sup> semaine), l'Arkansas (où l'avortement est légal jusqu'à la 21<sup>e</sup> semaine) et le Nouveau-Mexique (où la procédure est légale, indépendamment du stade de grossesse). En moyenne, les participantes doivent parcourir 633.6 kilomètres (393.7 miles) pour accéder à la clinique la plus proche leur permettant d'interrompre une grossesse jusqu'au point de viabilité. Pour celles se déplaçant vers l'Oklahoma ou l'Arkansas, une période d'attente de 72h entre une première consultation et la procédure doit être respectée, alors que celles résidant plus près du Nouveau-Mexique n'ont pas à se conformer à une telle exigence. Pour les participantes ayant réalisé l'entrevue avec nous, la distance moyenne diminue à 588.1 kilomètres (365.41 miles).

Finalement, les participantes résidant en Californie habitent, en moyenne, dans un rayon de 14 kilomètres (8.7 miles) d'une clinique d'avortement leur permettant d'interrompre une grossesse

jusqu'à la 24<sup>e</sup> semaine. Pour les participantes ayant complété l'entretien, la distance moyenne est de 15.3 kilomètres (9.49 miles). En raison d'une accessibilité accrue de l'avortement médical en Californie<sup>26</sup>, plusieurs patientes résident à proximité d'une clinique offrant la procédure jusqu'à la 10<sup>e</sup> semaine, mais doivent se déplacer un peu plus loin pour obtenir un avortement chirurgical.

### **Clinique la plus proche offrant l'avortement en une seule visite**

La troisième géolocalisation vise à positionner les participantes en relation avec la clinique la plus proche de leur domicile offrant un accès à l'avortement en une seule visite, soit sans période d'attente entre la consultation initiale et la procédure. Pour les participantes résidant dans les États de New York et de Californie, la distance demeure inchangée par rapport à la clinique la plus près de leur domicile, ces deux États n'exigeant pas une période d'attente.

Pour les participantes résidant en Pennsylvanie, la distance moyenne pour accéder à un IVG sans période d'attente est de 41.2 kilomètres (25.6 miles). Les patientes doivent se déplacer dans les États limitrophes qui n'imposent pas une telle période, soit les États de New York, du New Jersey, du Maryland et du Delaware.

Pour les participantes résidant au Texas, la situation est plus complexe puisque la majorité des États limitrophes imposent également une période d'attente entre les deux étapes de l'accès à l'avortement. La distance moyenne entre le domicile et la clinique passe ainsi à 758 kilomètres (471 miles). Pour la majorité des Texanes, cela signifie un déplacement vers le Nouveau-Mexique. Pour deux participantes, résidant au Nord et à l'Est de l'État, la clinique la plus près qui n'impose pas de période d'attente est située, respectivement, en Illinois et en Floride, un déplacement de plus de 804.7 kilomètres (500 miles) dans chaque direction.

---

<sup>26</sup> En 2019, la législature de l'État a adopté la loi SB-24 qui oblige les centres de santé situés sur les campus des universités publiques de Californie (le réseau des University of California et California State University) à offrir l'avortement médical à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

## **Clinique la plus proche offrant l'avortement chirurgical en une seule visite**

Finalement, la dernière cartographie a pour objectif de géolocaliser les participantes par rapport à la clinique la plus près de leur domicile qui n'impose pas de limitations relatives au nombre de semaines de grossesse ni de période d'attente.

Pour les participantes résidant à New York et en Californie, la distance à parcourir demeure inchangée par rapport à la clinique la plus près de chez elles qui offre l'avortement jusqu'au point de viabilité. Par contre, pour les participantes résidant en Pennsylvanie et au Texas, la distance augmente considérablement. Pour celles résidant dans le Keystone State, la distance moyenne à parcourir est de 85.5 kilomètres (53.1 miles) afin de visiter une clinique au New Jersey ou au Maryland. Du côté du Texas, les participantes devraient, en moyenne, parcourir 938.7 kilomètres (583.3 miles) dans chaque direction pour interrompre une grossesse avant 24 semaines, sans devoir se soumettre à une période d'attente. Pour une majorité des participantes, cela signifie un déplacement au Nouveau-Mexique, mais pour certaines, résidant dans le Nord ou l'Est de l'État, la clinique la plus proche est en Illinois, à quelques 965.6 kilomètres (600 miles) de leur résidence.

\*\*\*

Les diverses géolocalisations réalisées mettent en lumière trois relations qui existent entre le positionnement géographique d'une patiente, le territoire habité et le milieu de vie : l'État de résidence et son positionnement par rapport au reste du pays; le type de milieu de vie, notamment les différences entre milieu rural et milieu urbain; et la relation aux frontières internationales.

### 3.1.2 État de résidence et accès aux soins de santé reproductive

Conséquemment aux décisions de la Cour suprême subséquentes à *Roe v. Wade*, les États ont, à travers les années, obtenu plus de latitude quant à l'encadrement de l'avortement, tant chirurgical que médical. Ainsi, particulièrement depuis la décision de 2007 dans *Gonzalez v. Carhart* et les élections de mi-mandat de 2010, qui ont porté au pouvoir des législateurs anti-choix, notamment dans les législatures d'État, on observe une augmentation de l'activisme des groupes anti-choix

auprès des États. Depuis, le nombre de lois restrictives proposées chaque année est en augmentation, et le changement de la composition idéologique de la Cour suprême – et ses signaux d’ouverture à un possible renversement de *Roe v. Wade* – a donné un nouveau souffle à ce mouvement. En 2021, 108 lois restrictives ont été adoptées dans 19 États, un record depuis la décision dans *Roe v. Wade*. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mars 2022, 529 restrictions ont été proposées dans 41 États (Nash et Dreweke, 2022). D’autre part, des lois visant à protéger l’accès à l’avortement ont également été adoptées dans les États plus progressistes. Ces deux mouvements parallèles entraîneront la création d’un droit à géographie variable : l’État de résidence module l’accessibilité de l’avortement et l’articulation du droit conféré par le jugement de 1973, liant application du droit et géographie.

Ce constat est à la base des choix méthodologiques de la présente thèse. En sélectionnant les États étudiés notamment sur la base de l’idéologie dominante sur la scène politique étatique, un des objectifs de la recherche était d’étudier cette relation entre pouvoir et territoire, et ses impacts sur les corps féminins. Tant dans le sondage que lors des entretiens semi-dirigés, les participantes ont été interrogées quant à leur relation aux soins de santé reproductive dans une perspective géopolitique. La présente section dresse la liste des lois adoptées et proposées dans les quatre États étudiés (pour un tableau récapitulatif, voir Annexe 1), et leurs impacts sur les expériences et perception de l’accès à l’avortement chez les femmes latino-américaines résidant dans ces États.

### ***Les États hostiles aux droits reproductifs : Texas et Pennsylvanie***

La légalisation de l’avortement en 1973 entraîne un ressac quasi immédiat au niveau des États. Dans un premier temps, on observe une volonté de plusieurs États d’empêcher l’ouverture de cliniques en bloquant l’accès aux permis nécessaires à leur ouverture. Par la suite, les législateur.rice.s adoptent une stratégie visant à rendre l’accessibilité à la procédure la plus complexe possible afin de dissuader les femmes désirant mettre un terme à une grossesse. Ces lois visent initialement les femmes, par le biais de restrictions à la couverture des assurances, d’échographie obligatoire, d’imposition d’un rendez-vous de consultation pré-procédure suivi d’une période d’attente pouvant aller de 18 à 72h. Dans un second temps, les États ont également adopté des lois visant les cliniques, notamment par l’imposition de standards chirurgicaux plus

élevés que pour d'autres procédures similaires. Ce mouvement à la restriction de l'accessibilité est observable dans plus de la moitié des États-Unis, incluant au Texas et en Pennsylvanie, tous deux identifiés par le Guttmacher Institute comme étant hostiles aux droits reproductifs.

### *Texas*

Au Texas, État souvent considéré comme laboratoire de politiques conservatrices, les lois encadrant l'avortement sont nombreuses, avec pour conséquences un nombre limité de cliniques - 23 en 2020 – concentrées dans les grands centres, et 96% des comtés de l'État se trouvant, en 2017, sans clinique (Guttmacher, 2021a). Conséquemment, 43% des femmes résident dans un comté non desservi et l'État compte un ratio de 1 clinique pour 291 304 femmes en âge de reproduction (Guttmacher, 2021a). Si la limite gestationnelle est actuellement établie à 20 semaines (HB2, 2013), sauf dans les cas de viol, d'inceste ou de danger pour la vie de la femme, plusieurs législateurs tentent de restreindre l'accès au-delà de la 6<sup>e</sup> semaine (HB1500, 2019 ; SB8, 2021), voire de l'interdire complètement advenant un renversement de *Roe v. Wade* (SB9, 2021).

La dernière tentative, SB8, a été signée par le gouverneur texan Greg Abbott en mai 2021 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre de la même année. Cette loi, qui interdit la procédure au-delà de la 6<sup>e</sup> semaine, comporte une particularité qui la distingue des autres tentatives de limitation de l'avortement. En effet, l'application de SB8 est transposée aux citoyen.ne.s privé.e.s qui peuvent poursuivre quiconque a aidé ou eu l'intention d'aider une femme à obtenir un avortement. Dès l'adoption de la loi, les groupes pro-choix, menés par Planned Parenthood, ont contesté l'application de loi (Tuma, 2021). Toutefois, le 29 août, la Cour fédérale d'appel du 5<sup>e</sup> circuit a annulé une audience prévue pour le 30 août, autorisant du même souffle l'entrée en vigueur de la loi (Bohra, 2021). Les groupes pro-choix ont alors tenté d'obtenir une injonction en urgence auprès de la Cour suprême le 31 août (Liptak et al., 2021). Le silence de 23h de la plus haute cour du pays a mené à l'application de la loi à partir de minuit le 1<sup>er</sup> septembre. Cette application s'est poursuivie suite au refus de la Cour suprême d'octroyer l'injonction demandée (Liptak et al., 2021). Suite au maintien de la loi, celle-ci a fait l'objet de trois contestations : une poursuite intentée contre le Texas par le gouvernement fédéral (*United States v. Texas*) ; une poursuite intentée par les cliniques

offrant le service d'interruption volontaire de grossesse (*Whole Woman's Health v. Jackson*) ; et deux poursuites par deux citoyens privés contre Alan Braid, un médecin texan ayant écrit une lettre d'opinion publiée dans le Washington Post le 18 septembre 2021 dans laquelle il admet avoir procédé à un avortement « illégal » (Braid, 2021). Dans le cas opposant le Texas et le gouvernement fédéral, un juge de cour de district a accordé une injonction temporaire aux cliniques le mercredi 7 octobre en soirée, autorisant ainsi les cliniques à offrir à nouveau l'IVG au Texas au-delà de la sixième semaine. Or, une contestation rapide du Texas a mené la Cour fédérale d'appel du 5<sup>e</sup> circuit à renverser la décision de la cour inférieure le 9 octobre en soirée. Conséquemment, le gouvernement fédéral a fait appel de la décision auprès de la Cour suprême. Le 22 octobre, cette dernière a annoncé le maintien de l'application de SB8, mais elle s'est également saisie du dossier et a accéléré le processus afin d'entendre les arguments oraux dès le 1<sup>er</sup> novembre. Ce faisant, la Cour a également joint les causes du gouvernement fédéral et celle menée par les cliniques offrant l'IVG. Suite aux arguments oraux, la Cour suprême a autorisé la poursuite menée par les cliniques, mais a bloqué celle menée par le gouvernement fédéral, tout en maintenant effective l'application de SB8 durant le processus juridique.

L'entrée en vigueur de SB8 en septembre 2021 entraîne une quasi inaccessibilité de l'avortement sur le territoire texan, mais n'a pas mené à une chute drastique des avortements chez les femmes résidant au Texas. En effet, deux études, l'une menée par le *Texas Policy Evaluation Project* (White et al., 2022a) et l'autre produite par Abigail Aiken et al. (2022), démontrent qu'entre septembre 2021 et février 2022, les avortements obtenus par des femmes texanes ont chuté de seulement 10%. La majorité des Texanes accèdent à la procédure en se déplaçant hors de l'État (voir section 3.2) ou en se procurant les pilules d'avortement en ligne (voir section 3.3). Toutefois, bien qu'une majorité des patientes réussissent à obtenir le service désiré, il n'en reste pas moins que les lois comme SB8 ont des conséquences directes sur la perception de l'accessibilité, ajoutant des obstacles tangibles – et pour certaines, insurmontables :

and now after September 1st, like any accessibility that was there is pretty much eliminated hum minors there's no hope for them getting an abortion in Texas anymore, because judicial bypass, by the time you figure out you're pregnant, judicial, and if you're unable to get parental permission, judicial bypass is usually around a two-week process and so by the time you're able to get the judicial bypass, you're too late to have an abortion in Texas and so the 6 weeks ban hum just eliminates access to completely for people in Texas. So now people are having

to travel out of state or having to make those decisions right away whereas before people might want to have some time to think about it and now there is no time, you either you do it or you don't or you have to go out of state hum so now, including like compounding cost of travel, having to take time off of work, finding childcare to like leave the state hum and just a bunch of other issues (...) hum so and that's with my experience with [the organization]<sup>27</sup>, 80% of our callers prior to September 1st, were hum were past 6 weeks so that's about 80% of our, 80% of people who would otherwise get care are unable to get care now (Lara, 39 ans, Texas)

Une majorité des participantes résidant au Texas et interviewées après l'entrée en vigueur de la loi SB8 ont souligné les impacts de cette loi sur l'accessibilité de l'avortement dans leur État :

I think the state of Texas is (pause) probably one of the worst in reproductive hum (pause) options for women and it's, it's really scary. (Paula, 38 ans, Texas)

Hum I think the main obstacle is people don't find out they are pregnant hum so that they'll have to go to a different state to get an abortion and so you don't find out you're pregnant in time you have to go to a different state to get an abortion and people...that requires traveling cost, costs, taking off work as a cost, and just like an extra, just so many more extra hurdles to go over just to access hum abortion because you found out you know at eight weeks. (Adriana, 23 ans, Texas)

I think it is if you're fortunate enough to find out before the 6 weeks mark then I think it is pretty easy to find what you need to find but then after that it's completely impossible. (Eva, 22 ans, Texas)

Au niveau des lois visant plus directement les cliniques, l'avortement doit être réalisé par un.e médecin (Woman's Right to Know Act, 2003) et les cliniques offrant l'avortement ne peuvent obtenir du financement public, même pour des services qui ne sont pas liés à l'avortement tel que le dépistage de cancers féminins ou la prescription de contraception (SB22, 2019). De plus, depuis 2015, le Texas tente de retirer Planned Parenthood des cliniques reconnues sous le programme Medicaid. En novembre 2020, une décision de la Cour d'appel du 5<sup>e</sup> circuit confirme que l'État peut retirer les cliniques œuvrant sous la bannière de Planned Parenthood des cliniques reconnues

---

<sup>27</sup> La participante travaille pour une organisation soutenant le droit à l'avortement au Texas. Afin de protéger son identité, le nom de l'organisation a été retiré de la citation, puisque la participante n'était pas interviewée sur la base de son affiliation professionnelle, mais plutôt pour aborder ses expériences personnelles.

sous Medicaid, forçant les patientes couvertes par ce programme d'assurance publique à trouver une nouvelle clinique afin d'obtenir des soins reproductifs non liés à l'avortement (Lopez, 2021). En 2017, la législature texane adopte deux lois mandatant des rapports détaillés de la part des cliniques : d'abord HB13 oblige la production de rapports détaillés dans les cas de complications lors de la procédure et HB215 oblige de nouveaux rapports concernant les avortements sur des mineures. En 2021, le Sénat du Texas a également adopté une loi autorisant toute personne à poursuivre une clinique offrant un avortement s'il y a un doute que celle-ci n'aurait pas respecté les lois texanes – et ce même si la personne n'a aucun lien avec une personne ayant obtenu un avortement ou avec la clinique (SB8, 2021). Avant la procédure le/la médecin doit obtenir le consentement de la patiente, incluant la présentation d'information rédigée par l'État du Texas et lui remettre une brochure produite par le *Texas Department of State Health Services* intitulée « A Woman's Right to Know ».

Le Texas a également adopté des lois touchant plus directement les patientes, à savoir une période d'attente obligatoire de 24h entre une première consultation et la procédure<sup>28</sup> (HB15, 2011); un ultrason et une écoute des battements de cœur obligatoire lors du rendez-vous de consultation (HB15, 2011); et une restriction sur la couverture de la procédure par des assurances privées (HB214, 2017). Pour les mineures, l'État impose également l'obtention d'une autorisation parentale pour accéder à l'avortement (SB30, 1999), mais prévoit une possibilité pour les jeunes femmes de contourner celle-ci si elles obtiennent une autorisation judiciaire (« judicial bypass »). Or, l'adoption, en 2015, de la loi HB3994 rend plus difficile l'obtention de cette autorisation judiciaire et mandate la vérification de l'âge de la patiente – à partir d'une pièce d'identité délivrée par l'État – avant la procédure. L'adoption par les États d'obligation de notification parentale a des impacts directs sur la propension des mineures à accéder à l'avortement. Une étude réalisée en 2006 à propos du cas texan note que l'application d'une telle loi depuis 2000 a entraîné une diminution du taux d'avortement chez les mineures ainsi qu'une augmentation des avortements durant le second trimestre chez les adolescentes qui avaient 17 ans et demi à 17 ans et trois quarts au moment de la conception (Joyce et al., 2006 :1036). En 2017, la consultation en télémédecine pour l'avortement médical et la consultation pré-procédure est interdite (SB1107), affectant directement les femmes résidant dans un comté sans clinique, celles dont la mobilité est réduite en

---

<sup>28</sup> Si une femme réside à plus de 100 miles de la clinique, la période d'attente est réduite à 2 heures.

raison d'un accès limité aux transports, d'un statut migratoire précaire ou vivant une situation de violence conjugale. De plus, lors de la pandémie de COVID-19, le Texas a explicitement considéré l'avortement comme étant un service non essentiel, et donc inaccessible du 22 mars au 22 avril 2020, soit pour la durée du mandat initial de l'urgence sanitaire (Clark, 2020). Sur le plan technique, la législature du Texas a également adopté des lois qui restreignent le choix de l'avortement dans certaines situations. Ainsi, l'État bloque l'utilisation de la procédure « Dilation and Evacuation » (D&E)<sup>29</sup> (SB8, 2017), courante pour les avortements de deuxième trimestre. De plus, bien que l'avortement médical soit autorisé par le FDA jusqu'à la 10<sup>e</sup> semaine (jusqu'à 70 jours après la première journée des dernières menstruations de la patiente) (FDA, 2021), le Texas a adopté, en 2021, une loi interdisant celui-ci après la 7<sup>e</sup> semaine (SB394, 2021). Ce faisant, l'État limite la possibilité pour les femmes d'accéder à une option moins invasive, toute aussi efficace (Ireland et al., 2015), peu risquée (Raymond et al., 2013) et privilégiée dans plus de 50% des avortements obtenus au Texas par des résidentes en 2020 (Texas HHS, 2021) pour mettre un terme à leur grossesse.

### *Pennsylvanie*

La Pennsylvanie a également adopté plusieurs lois restrictives, certaines faisant écho au Texas, ce qui affecte également le nombre de cliniques offrant le service aux femmes résidant dans cet État du Midwest. Au nombre de 18 en 2017, les cliniques y sont concentrées dans les grandes villes de l'État, laissant 85% des comtés non desservis, ce qui affecte près de 50% de la population féminine (Guttmacher, 2021a). Actuellement établie à 24 semaines, la limite gestationnelle pour obtenir un avortement en Pennsylvanie fait l'objet de tentatives législatives visant à limiter davantage la période temporelle. En 2019, un projet de loi soutenu par les Républicains des deux chambres a été proposé afin d'établir la limite à 6 semaines (SB912 / HB197, 2019) – dans la foulée des « heartbeat bills » proposés ailleurs au pays. En 2021, le projet a de nouveau été proposé à la Chambre des

---

<sup>29</sup> La méthode de dilatation et évacuation est une méthode utilisée pour les avortements à un stade avancé du deuxième trimestre (jusqu'à la 24<sup>e</sup> semaine) qui consiste en une dilatation du col de l'utérus afin de procéder à l'avortement par succion et utilisation d'instruments chirurgicaux (Women's Health Matters, S.D.).

représentants et a été approuvé lors d'un vote du comité sur la santé en mai 2021, avançant vers un vote en plénière (HB904, 2021 ; Rude, 2021).

Malgré l'activisme des législateurs anti-choix, la Pennsylvanie demeure un État plus « pourpre », avec une législature et une représentation à Washington plus divisée que celle du Texas, ce qui limite l'étendue des lois anti-choix. Ainsi, advenant un renversement de *Roe v. Wade*, l'État n'a actuellement aucun statut prévoyant l'état du droit. Toutefois, des législateur.rice.s anti-choix tentent, en prévision d'un possible renversement de *Roe v. Wade* par une Cour suprême conservatrice, de faire avancer des projets de loi, comme SB956 (2022) visant à nier un droit constitutionnel à l'avortement et reconnaître un statut juridique complet aux fœtus. Or, cette initiative et d'autres mises de l'avant par ces législateur.rice.s n'ont pas obtenu le soutien nécessaire pour devenir loi, que ce soit par manque de votes au niveau de la législature ou en raison de l'opposition du gouverneur<sup>30</sup>. Dans certains cas, les initiatives sont remises à l'agenda lors de la session législative subséquente, dénotant de la volonté affirmée de ces législateur.rice.s d'arriver à leurs fins. Cela est le cas, par exemple, d'une proposition visant à obliger la mise en terre ou la crémation des fœtus avortés, initialement proposée en 2019 (HB1890, 2019), puis réintroduite en 2021 (HB118, 2021). Toutefois, l'État a adopté plusieurs lois qui ajoutent des obstacles à l'accessibilité de la procédure. Ainsi, depuis 1982, les mineures désirant obtenir un avortement doivent avoir l'autorisation de leur parent, entraînant une obligation de divulgation (Act 138, 1982). En Pennsylvanie, cette autorisation doit être obtenue par écrit, à la clinique, après la présentation d'une session d'information requise par l'État. Sur le plan financier, les patientes couvertes par Medicaid (Act 138, 1982), les employées du secteur public (18 Pa. Cons. Stat. Ann. §§ 3215(c), (d), 1982) et les bénéficiaires d'une assurance obtenue par le biais du Affordable Care Act (40, Pa. Cons. Stat. Ann. §§ 3501, 3502) ne peuvent utiliser leur couverture médicale pour obtenir un avortement, sauf si la grossesse résulte d'un viol, d'une situation d'inceste ou si la vie de la mère est en danger.

---

<sup>30</sup> La législature de Pennsylvanie a été, de 2010 à 2021, plus divisée que celle du Texas. Bien que contrôlée par le parti républicain depuis les élections de 2010, le parti n'a pas de majorité absolue permettant de renverser un veto du gouverneur, poste qui a été occupé par un républicain de 2011 à 2015, et par un démocrate de 2003 à 2011 et depuis 2015.

Au niveau des cliniques, l'État exige que la procédure soit effectuée par un.e médecin. De plus, comme dans 18 États (Guttmacher Institute, 2021b), les femmes désirant obtenir un avortement en Pennsylvanie doivent se soumettre à un premier rendez-vous de consultation lors duquel leur consentement explicite doit être obtenu, ce qui inclut la présentation d'informations rédigées par l'État et la remise d'une brochure sur le développement fœtal, suite à quoi une période d'attente minimale de 24 heures doit être respectée avant d'accéder à la procédure (18 Pa. Cons. Stat. Ann. §§ 3205, 3208, 1982). Cette période d'attente peut être perçue différemment par les femmes, tel qu'illustré par l'expérience de deux femmes résidant en Pennsylvanie :

You know I had made my decision, I didn't need to have somebody make me think about it even more cause it's not a decision anyone takes lightly hum so yeah New Jersey had a lot less barriers so that's why. (Iva, 46 ans, Pennsylvanie)

I think the part that I didn't understand as clearly was just the timeline of it of like there's a certain number of days and certain number of hours that you have to like confirm the pregnancy and then you can actually make an appointment and things like that. And hum I imagine for other people that might feel like punitive, like you have to live with it for another week or something hum for me I, I didn't see it as a big hurdle, if anything it allowed me to plan better so I could figure out childcare for my older daughter and hum you know just make appointments and do that whole you know shuffling of logistics and hum (pause) yeah so it was fine (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

Les expériences d'Iva et de Valentina illustrent deux conséquences de la période d'attente. Dans le cas d'Iva, cette période d'attente a influencé sa décision d'obtenir un avortement hors de son État de résidence, afin de ne pas être dans l'obligation de se soumettre à cette période, qu'elle considérait comme infantilisante. À l'inverse, Valentina a perçu cette période d'attente comme un moment lui permettant de mieux planifier son rendez-vous, et ainsi d'atténuer les enjeux logistiques associés à l'accès à l'avortement, et découlant de cette multiplication et addition des lois restrictives.

Remise en cause dans *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania et al. v. Casey*, la loi obligeant la remise de la brochure aux femmes demeure effective. Or, bien que *Casey* stipule que le matériel informatif remis aux patientes doit contenir une information réaliste et médicalement juste, même si les États peuvent prendre position en faveur d'une poursuite de la grossesse, une analyse des 954 affirmations contenues dans le matériel fourni par 23 États démontre que 69% des

affirmations étaient « médicalement exactes » alors que 31% étaient « médicalement incorrectes » (Daniels et al., 2016 :191). De plus, ce niveau d'inadéquation scientifique varie selon le trimestre (45% pour le premier trimestre sont inadéquates, 29% pour le second et 13% pour le troisième), alors que le développement fœtal est accéléré pour donner des caractéristiques infantiles au fœtus (Daniels et al., 2016 : 193-195). Bien que le paysage politique de la Pennsylvanie atténue la portée des lois conservatrices en matière d'avortement, celles-ci demeurent présentes et affectent l'accessibilité de la procédure.

### ***Les États favorables aux droits reproductifs : Californie et New York***

Face à l'augmentation des restrictions et les décisions de la Cour suprême érodant le droit à l'avortement, certains États plus progressistes, au compte de 16 selon le Guttmacher Institute, dont la Californie et New York, ont adopté des lois qui, à l'inverse des États restrictifs, visent à élargir ou protéger l'accès à l'IVG sur leur territoire.

#### *Californie*

État le plus peuplé au pays, la Californie est également celui comptant le plus de cliniques offrant un service d'avortement – 161 en 2017. Malgré tout, il y a un enjeu d'accessibilité pour les femmes vivant dans les portions plus rurales de l'État : 3% des Californiennes vivaient, en 2017, dans un comté non desservi par une clinique. Au total, 40% des comtés de l'État n'étaient pas desservis par une clinique d'avortement en 2017 (Guttmacher, 2021a). Bien que la Californie soit l'un des États avec le plus faible pourcentage de femmes affectées par l'absence de clinique dans leur comté de résidence, cette situation affecte de façon disproportionnée les femmes résidant en milieu rural. Les études abordant les disparités géographiques à l'intérieur même d'un État notent que les femmes vivant dans les centres urbains ont un accès plus grand aux services que celles habitant les milieux ruraux, qui sont souvent déjà considérés comme des milieux sous-desservis sur le plan

médical<sup>31</sup> (Haksgaard, 2017; Cartwright et al., 2018; Hooper, 2014; Pruitt et Vanegas, 2015; Fuentes et al., 2016). Conséquemment, les femmes résidant dans un comté non desservi par une clinique d'avortement sont souvent obligées de divulguer leur décision de mettre un terme à une grossesse en raison de l'aide supplémentaire nécessaire (pour le transport, la garde des enfants ou les coûts supplémentaires) (Fuentes et al., 2016 :295).

Conformément à *Casey* (1992), la Californie autorise l'avortement jusqu'au point de viabilité (California Health and Safety Code 123468(b)). Les obstacles à l'accès y sont très limités : il n'y a pas d'obligation d'un rendez-vous de consultation ou d'une période d'attente et la tentative d'imposer un formulaire de consentement parental aux patientes mineures est bloqué par une ordonnance juridique (*American Academy of Pediatrics v. Lungren*, 1997). Toutefois, l'État oblige, comme une majorité d'États, l'obtention du consentement verbal informé des patientes (incluant une description de la procédure et de l'information sur les services offerts aux femmes enceintes et aux parents)<sup>32</sup>. L'État permet également que certains individus et organisations refusent d'offrir certains services de santé reproductive (California Health and Safety Code 123420(a)). Le mouvement législatif anti-choix y est limité : en 2021, la Californie est l'un des seuls États n'ayant pas introduit de proposition de restriction du droit à l'avortement (Nash et Cross, 2021). La Californie a par ailleurs adopté des lois visant à faciliter et protéger l'accès à l'avortement. Ainsi, advenant un renversement de *Roe*, la Californie a, en 2002, adopté le *Reproductive Privacy Act*, qui reconnaît le droit à l'avortement comme un droit fondamental (California Health and Safety Code 123462(b)(c)), suivi, en 2019, par la signature par le gouverneur Newsom du *California Proclamation on Reproductive Freedom*. Cette loi réaffirme six principes : (1) que le droit

---

<sup>31</sup> L'absence d'une clinique d'avortement peut affecter négativement la santé reproductive générale des femmes, celles-ci offrant généralement des services autres que l'IVG. Par exemple, la majorité des cliniques Planned Parenthood offrent des services tels que l'accès à la contraception, le dépistage d'ITSS et de cancers féminins, ainsi que, dans certains milieux, le vaccin contre la grippe.

<sup>32</sup> En 2015, l'État a adopté le Reproductive FACT (Freedom, Accountability, Comprehensive Care, and Transparency) Act qui oblige toute clinique ayant une licence médicale pour offrir des services de santé lié à la grossesse à afficher un avis stipulant « California has public programs that provide immediate free or low-cost access to comprehensive family planning services (including all FDA-approved methods of contraception), prenatal care, and abortion for eligible women » et tout centre sans licence médicale, mais qui offre des services liés à la grossesse à afficher l'avis suivant : « This facility is not licensed as a medical facility by the State of California and has no licensed medical provider who provides or directly supervises the provision of all of the services, whose primary purpose is providing pregnancy-related services ». Toutefois, dans une décision de 5-4 rendue en 2018 dans *National Institute of Family and Life Advocates v. Becerra*, la Cour suprême a jugé non-constitutionnelle le FACT Act.

constitutionnel à la vie privée prévu à l'article 1, section 1 de la Constitution de la Californie inclut le droit à l'avortement ; (2) que le *Reproductive Privacy Act* interdit l'interférence étatique dans le droit des femmes à obtenir un avortement avant le point de viabilité ; (3) le droit à l'avortement pour les mineures sans interférence parentale ; (4) le droit à l'accès indépendamment du revenu par le biais d'une obligation pour les assureurs d'offrir la couverture de l'avortement ; (5) le droit de choisir où obtenir un avortement, même pour les patientes couvertes par Medi-Cal, notamment grâce à la possibilité pour certain.e.s professionnel.le.s autres que les médecins d'offrir l'avortement médical ; et (6) le droit à la confidentialité dans le choix de l'avortement. De plus, l'État autorise certains professionnels de la santé qui ne sont pas médecins à offrir le service d'avortement, par exemple les clinicien.ne.s en pratique avancée (« advanced practice clinician ») (California Business and Professions Code 2253(b)(2); California Proclamation on Reproductive Freedom, 2019). En 2019, l'État a par ailleurs adopté une loi autorisant l'accès à l'avortement médical dans les centres de santé des universités publiques (California Education Code, 99251). Au niveau des cliniques, la Californie protège l'accès des patientes par le biais de plusieurs lois prévoyant des amendes et peines d'emprisonnement pour les individus tentant d'entraver l'accès aux cliniques, pour les patientes, employé.e.s ou autres individus, ou ayant causé des dommages à la propriété d'une personne ou d'une entité qui est une cliente, un.e employé.e ou un groupe offrant ou ayant accès à des soins de santé reproductive (FACE Act, 2001; California Penal Code § 602.11; California Civil Code §§ 3427 – 3427.4; California Penal Code § 11413; California Penal Code § 594.4). De plus, l'État a mis en place des mesures afin de protéger les travailleur.euse.s des cliniques offrant le service d'interruption de grossesse, notamment contre la publication de leurs informations personnelles en ligne (California Government Code §§ 6208 – 6209.5, 6215 – 6216). Sur le plan financier, la Californie mandate les assurances privées à offrir une couverture de l'avortement (Health & Safety Code § 1340; Letter from Cal. Dep't of Managed Health Care to Blue Cross of Cal., Anthem Blue Cross, 2014) et fait partie des États utilisant leurs propres fonds afin d'offrir une couverture de la procédure pour les femmes couvertes par Medicaid (Medi-Cal Medical Services Provider Manual, Part 2, Abortions, 1-8).

## *New York*

Sur la côte Est, l'État de New York se démarque au niveau national grâce à un nombre de cliniques élevé (113 en 2017) ainsi qu'un faible pourcentage de comtés non desservis par une clinique (39% en 2017), dans lesquels résident 8% de la population féminine de l'État (Guttmacher, 2021a). Depuis 1970, l'avortement y est autorisé, jusqu'à la 24<sup>e</sup> semaine. Toutefois, certaines portions de la loi, adoptée avant *Roe v. Wade*, étaient en contradiction avec les jugements de la Cour suprême ce qui a mené à une révision, sous la forme du Reproductive Health Act (RHA), en 2019. Cette nouvelle loi autorise l'avortement au-delà de la 24<sup>e</sup> semaine lorsque la santé de la femme est en danger ou que le fœtus est considéré comme non viable, et déplace les lois concernant l'avortement du code pénal aux statuts liés à la santé. De plus, le RHA renverse la section 4164 de la loi sur la santé publique, qui obligeait les avortements au-delà de la 12<sup>e</sup> semaine à être réalisés dans un hôpital et la présence d'un.e deuxième médecin pour les avortements au-delà de la 20<sup>e</sup> semaine afin d'assurer des soins advenant que le fœtus soit viable (Reproductive Health Act, 2019). Ces changements ont été possibles suite à une reprise du contrôle du Sénat par les Démocrates, alors que la majorité républicaine à la chambre haute avait jusqu'alors bloqué ces mesures. Classifié comme favorable aux droits reproductifs par le Guttmacher Institute, l'État de New York impose peu de restrictions à l'accès. Toutefois, les tentatives d'avortement-maison (« self-induced abortion ») sont interdites au-delà de la 24<sup>e</sup> semaine (NY Penal Law 125.50 ; NY Penal Law 125.55) et certaines organisations et individus peuvent décider de ne pas offrir des services de santé reproductive, incluant de l'information et des références vers d'autres organisations, si le refus s'appuie sur une opposition de conscience ou religieuse, et est présenté par écrit (N.Y. Civil Rights Law § 79-i, 1971); N.Y. Compilation of Codes, Rules & Regulations, title 10, § 405.9). Si l'État de New York criminalise l'avortement-maison uniquement au-delà de la 24<sup>e</sup> semaine, d'autres États en ont fait un crime indépendamment du point de gestation. Or, ces lois ont mené à des accusations et poursuites contre des femmes ayant tenté – avec succès ou non – un avortement-maison (Rowan, 2015 ; Bakic Hayden, 2011 ; Diaz Tello et al., 2018) « démontrant qu'à travers les États-Unis, les femmes qui choisissent de mettre un terme à leur grossesse en utilisant des médicaments [...] font face à de possibles risques légaux » (Coeytaux, 2015 :610 [traduction libre]). Une étude des lois criminalisant l'avortement-maison, et de celles contre les violences faites au fœtus qui ne protègent pas la personne enceinte, conclut que malgré une légalisation de l'avortement, les lois criminalisant

les femmes procédant à un avortement-maison constituent un obstacle à l'autonomie corporelle (Diaz Tello et al., 2018 :6). De plus, ces lois créent un climat de peur pouvant avoir des impacts négatifs sur les femmes qui ont une fausse couche ou des problèmes de consommation, l'hôpital étant associé à une possible suspicion de comportements pouvant faire l'objet de dénonciations aux autorités (Rowan, 2015 :70 ; Goodwin, 2020).

Au niveau de la procédure en elle-même, les femmes n'ont pas à obtenir un ultrason ou à se soumettre à une période d'attente entre une consultation et la procédure, et les patientes mineures n'ont pas à obtenir le consentement parental afin de mettre un terme à une grossesse. L'accès des femmes dans l'État de New York est également facilité par une loi de 2019 autorisant la pratique de l'avortement par des travailleur.euse.s de la santé qualifié.es – et non plus uniquement par des médecins (Reproductive Health Act, 2019). Toutefois, l'absence de mesures restrictives pour les mineures ne se transpose pas automatiquement en une facilité d'accès, tel qu'illustré par le récit de Myrla. Aujourd'hui âgée de 36 ans, elle a, à l'âge de 16 ans, eu un épisode d'incertitude quant à une possible grossesse. Craignant la réaction de ses parents et ne sachant pas vers qui se tourner, elle a tenté de mettre un terme à une grossesse non confirmée en ingérant une concoction. Lors de notre entretien, Myrla a souligné qu'aujourd'hui encore, elle ignore si cette concoction a eu des impacts non-visibles sur son corps.

Comme la Californie, New York oblige l'inclusion de la couverture de l'avortement dans les plans d'assurance offerts par les assureurs privés, à l'exception des plans offerts par les institutions religieuses (48th Amendment to Part 52 of Title 11 of the Official Compilation of Codes, Rules and Regulations of the State of New York (Insurance Regulation 62)). De plus, pour celles ayant accès au programme de Medicaid, l'accès à l'avortement est couvert lorsque « médicalement nécessaire »<sup>33</sup>. Au niveau des cliniques, l'État a adopté, en 1999 et 2010, trois lois visant à protéger l'accès physique à celles-ci pour les patientes, rendant illégal le fait d'utiliser la force, la menace de la force ou l'obstruction physique afin de blesser, intimider ou entraver l'accès des patientes à

---

<sup>33</sup> Une procédure est considérée comme médicalement nécessaire si elle répond à la définition suivante : « Medically necessary services are those necessary to prevent, diagnose, correct or cure conditions in the person that cause acute suffering, endanger life, result in illness or infirmity, interfere with his/her capacity for normal activity or threaten some significant handicap and which are furnished to an eligible person in accordance with this title and the regulations of the Department. » (New York State Medicaid Program – Physician Policy Guidelines, 2015, p.39)

une clinique de soins reproductifs, ainsi que le fait d'endommager – ou de tenter d'endommager – intentionnellement la propriété d'une clinique de santé reproductive (N.Y. Penal Law §§ 240.70 à .71, 1999; NY Penal Law § 240.72, 2010; N.Y. Civ. Rights Law § 79-m, 1999). Advenant un renversement de *Roe v. Wade*, New York fait partie des États ayant adopté une loi visant à protéger l'accès à l'avortement sur son territoire, reconnaissant que les femmes ont le droit fondamental de choisir si elles désirent « mener une grossesse à terme, donner naissance à un enfant ou avoir un avortement » (NY Public Health § 2599-aa). L'État n'a toutefois pas rattaché ce droit à sa constitution.

\*\*\*

Lors de nos entretiens, les participantes ont été invitées à évaluer leur accès à l'avortement dans leur État de résidence sur une échelle de 1 à 10. Sur une base strictement de comparaison des lois à l'échelle de l'État, il serait attendu que les femmes résidant au Texas et en Pennsylvanie aient une perception plutôt négative de leur accès, et qu'à l'inverse, les femmes résidant en Californie et à New York aient une vision positive de l'accessibilité de la procédure. Or, si les moyennes des notes des participantes résidant dans les deux États conservateurs sont effectivement plus basses que celles des participantes résidant dans les États progressistes, la différence n'est pas aussi tranchée qu'on pourrait le croire. Au Texas, les participantes ont penché pour une note moyenne de 2.7 / 10, avec quatre participantes donnant une note de 1 et une participante donnant une note négative de -1. Les trois participantes ayant donné une note plus élevée, soit de 5 ou 6, résident en milieu urbain. En Pennsylvanie, la note moyenne a été de 5.3 / 10, avec deux participantes évaluant leur accès à 7 sur 10. Malgré un activisme progressiste, les femmes résidant dans l'État de New York soulignent la persistance d'inégalités à l'accès, accordant à l'État une note moyenne de 6.5 / 10, alors que les femmes en Californie ont accordé une note moyenne de 6.8 / 10. Ces deux groupes renversent l'idée qu'un État avec des lois progressistes et protégeant le droit à l'avortement est nécessairement un espace où les femmes perçoivent également leur accès comme étant universel et facile. À l'inverse, les femmes au Texas et en Pennsylvanie renversent l'idée qu'un État conservateur est nécessairement un espace où l'accès est inexistant, soulignant l'importance d'une analyse plus fine.

### 3.1.3 « Might as well be the state of Texas » : Les divisions ruralité et urbanité, entre acceptation sociale et perception d'accès aux cliniques

Le second aspect géographique affectant l'accès – et la perception d'accès – des participantes à l'avortement est le milieu de vie, ici décliné entre ruralité et urbanité. Résider en milieu rural ou en milieu urbain influence plusieurs aspects du quotidien, incluant l'accès aux soins de santé de façon générale, et aux soins de santé reproductive de façon plus spécifique.

Depuis plusieurs années, les milieux ruraux souffrent de coupures dans l'offre de soins de santé. Conséquemment, de nombreux comtés sont désignés comme « médicalement sous-desservis (medically underserved areas) » (MUA), à savoir des comtés où il y a un manque de médecins de famille, un haut taux de mortalité infantile, un haut taux de pauvreté ou une part importante de la population qui est vieillissante, ou comme étant marqués par une « pénurie de professionnels de la santé (health professional shortage area) » (HPSA), évaluée selon le nombre de professionnels offrant les soins de base, dentaires ou de santé mentale. Au début 2022, le *Health Resources and Services Administration* a désigné, à l'échelle nationale, 3444 zones comme étant « médicalement sous-desservis », affectant 15 millions d'individus. Sur ces 3444 zones, 1971 sont des milieux ruraux (57.2%) et 332 sont partiellement ruraux (9.6%) (Health Resources and Services Administration, 2022). Dans les États étudiés, la prédominance des milieux ruraux comme MUA n'est pas universelle. Ainsi, en Californie et dans l'État de New York, il y a davantage d'espaces urbains que ruraux qui sont désignés comme MUA, notamment dans les régions de Los Angeles (CA) et New York City (NY), alors qu'au Texas, la situation inverse est observable, les MUA étant davantage concentrés dans les milieux ruraux, et en Pennsylvanie, la situation touche quasi également les deux types de milieu (voir Tableau 3.2).

**Tableau 3.2 Les zones médicalement sous-desservies par État et type de milieux (2022)**

État	Total MUA	Milieu rural non	Milieu semi rural	Milieu rural
Californie	171	102	22	47
New York	112	74	4	34
Pennsylvanie	143	78	5	60
Texas	185	50	22	113

Source : Shortage Areas, Health Resources and Services Administration, 2022.

Toutefois, le long des deux frontières internationales, la situation diffère : la quasi-totalité des comtés frontaliers, indépendamment du milieu de vie, sont médicalement sous-desservis (voir Tableau 3.3). Si au Nord, la composition démographique des comtés frontaliers est plus diversifiée, au Sud, la population des comtés frontaliers est majoritairement latino-américaine, entraînant des impacts disproportionnés sur cette population.

**Tableau 3.3 Les comtés frontaliers et les zones qualifiées MUA**

États	Comtés	Type de milieu	MUA
Californie	Imperial	Partiellement rural	X
	San Diego	Non rural / partiellement rural	X
New York	Cayuga	Rural / Partiellement rural	X
	Chautauqua	Rural	X
	Clinton	Non rural / Rural	
	Erie	Rural / Non rural	X
	Franklin	Rural	X
	Jefferson	Non rural / Partiel. rural	X
	Monroe	Non rural	X
	Niagara	Non rural	X
	Orleans	Partiellement rural	X
	Oswego	Partiellement rural	X
	St. Lawrence	Rural	X
Wayne	Partiellement rural	X	
Pennsylvanie	Erie	Non rural	X
Texas	Brewster	Rural	
	Cameron	Partiellement rural	X
	El Paso	Non rural	X
	Hidalgo	Partiellement rural	X
	Hudsepth	Rural	X
	Jeff Davis	Rural	X
	Kinney	Rural	X
	Maverick	Rural	X
	Presidio	Rural	X
	Starr	Rural	X
	Terell	Rural	X
	Val Verde	Rural	X
	Webb	Partiellement rural	X
Zapata	Rural	X	

Source : Shortage Areas, Health Resources and Services Administration, 2022.

Cette diminution de services touche notamment l'accès aux soins de santé reproductive, par le biais d'une fermeture des cliniques et des départements d'obstétriques/gynécologies dans les hôpitaux ruraux (Hung et al., 2016; Kozhimannil et al., 2020; Hung et al. 2017). En effet, les coupures du financement et le caractère privé du système de santé aux États-Unis entraînent des fermetures liées à un manque de rentabilité des établissements. Par exemple, la ville d'Ozona, située à quelques 200 miles à l'ouest de San Antonio, n'a plus d'hôpital depuis 1996. Ses quelques 3000 habitant.e.s doivent ainsi se déplacer environ 170 miles jusqu'à San Angelo pour obtenir un suivi de grossesse, ou 200 miles jusqu'à San Antonio pour mettre un terme à une grossesse (Novack et Collins, 2020). Autre exemple, la ville de McAllen, avec ses 140 000 habitant.e.s, abrite la seule clinique d'avortement de la Rio Grande Valley, une région texane d'environ 4250 miles carrés où résident quelques 1.4 millions de Texan.e.s (Luthra, 2021). Loin d'être des cas isolés, les exemples d'Ozona et de McAllen illustrent comment le discours conservateur sur la sexualité couplé à des politiques de conservatisme fiscal affectent non seulement l'accès à l'avortement, mais rendent l'ensemble des soins de santé reproductive difficile d'accès hors des grands centres urbains : « The people in Ozona are facing a particular strain of this crisis: the town is at the center of a swath of West Texas where people can't obtain birth control, can't deliver a baby, and can't get an abortion » (Novack et Collins, 2020). Or, ces différences d'accès entre les milieux ruraux et urbains ne sont pas uniquement le fait des États conservateurs. Plutôt, en utilisant une échelle plus étroite, qui permet une mise en lumière des réalités locales, il est possible de voir une réalité autrement invisibilisée : les entraves à l'accès ne sont pas uniquement une question de politiques restrictives ou permissives à l'échelle de l'État, mais sont également affectées par les dynamiques locales et municipales, créant une géographie de l'accès à l'avortement plus nuancée.

Bien que la majorité des participantes résident en milieu urbain ou suburbain, les distinctions entre l'accessibilité en milieu rural ou urbain sont présentes dans leur analyse de leur propre accessibilité, notamment à travers les expériences de celles ayant grandi dans un milieu rural avant de se déplacer vers un centre urbain pour leurs études ou une opportunité d'emploi, comme Ava, déménagée dans la capitale texane pour l'école : « I feel like in the community I lived in or grew in it's very, that was not really an option » (Ava, 21 ans, Texas). Ainsi, indépendamment de l'idéologie dominante dans leur État de résidence, les participantes soulignent les disparités existant entre les centres urbains et les milieux ruraux quant à l'accès aux soins.

Les milieux ruraux sont confrontés à des défis supplémentaires quant à l'accès aux soins de santé reproductive. En plus d'un manque de diversité des services et du statut de région médicalement sous-desservie propres à ces comtés, plusieurs d'entre eux sont également des « déserts » d'avortement (Cartwright et al. 2018; Smith et al., 2022; Bearak et al. 2017; Thompson, K.M. et al., 2021), à savoir des espaces où l'accès à l'avortement est tout simplement inexistant, obligeant les femmes à parcourir de longues distances pour accéder à la procédure.

Deux phénomènes influencent ces dynamiques : l'impact des enjeux d'acceptation sociale sur les médecins et l'activisme municipal. Dans un premier temps, la politisation et la polarisation entourant l'accès à l'avortement, qui n'est plus considéré comme une simple procédure médicale, mais plutôt traité comme un enjeu moral et social, n'est pas sans affecter les médecins et professionnel.le.s de la santé, tant dans le domaine de la santé reproductive que plus largement, dans la médecine familiale. La prédominance d'un climat social hostile à l'accès à l'avortement, plus fortement présent dans les milieux ruraux, plus conservateurs, affecte la disponibilité de certains services en raison d'une pénurie de médecins offrant ceux-ci : « Among practicing obstetrician–gynecologists, 97% encountered patients seeking abortions, while 14% performed them. » (Stulberg et al., 2011). Conséquemment, les cliniques ont de la difficulté à trouver des professionnel.le.s pouvant offrir l'avortement, notamment en raison de lacunes dans la formation médicale (Steinauer et al., 2018), les forçant à se tourner vers des médecins résidant hors de la ville où se situe la clinique – voire même hors de l'État (Karlman, 2019; Wax-Thibodeaux, 2021; Tenold et Gordon, 2019). Cette dépendance envers des médecins résidant hors de la ville rend les cliniques plus vulnérables aux aléas logistiques (délai de déplacement, température...) (Notes de terrain, 2019) et nécessite une planification accrue, le service dépendant de la disponibilité des médecins et leur capacité à se déplacer. Face à ces défis logistiques, certaines cliniques ont dû fermer leurs portes (Associated Press, 2020; Redden, 2016), laissant certains États, comme le Mississippi, avec une ou deux cliniques, concentrés dans les centres urbains, pour servir l'ensemble de la population.

De l'autre côté, l'ouverture de nouvelles cliniques dans les milieux ruraux est de plus en plus ardue en raison de l'opposition locale. En effet, l'avortement est contrôlé par plusieurs paliers gouvernementaux. Si la légalisation de la pratique dépend d'une décision de la Cour suprême (niveau fédéral) et que l'encadrement de la procédure dépend des États, les villes ont la capacité

de promouvoir leur agenda – progressiste ou conservateur – par le biais de leur prérogative sur les règles de zonage et la délivrance de permis d’exploitation des locaux commerciaux (Holder, 2019), une pratique qui remonte aux premiers moments post-Roe (Herzog, 1983; Meyer, 1987). On observe ainsi un activisme conservateur plus local, où les opposant.e.s au droit à l’avortement tentent d’empêcher l’ouverture de nouvelles cliniques, par le biais de pression sur les élu.e.s, ainsi qu’à travers des mouvements plus organisés, comme le regroupement Sanctuary Cities for the Unborn, dont l’objectif est de pousser les conseils municipaux à adopter des résolutions visant à déclarer la municipalité « sanctuaire » anti-avortement. Après une première victoire à Waskom au Texas, le mouvement tente de reproduire ces initiatives à travers le pays. Ces projets de loi se déclinent souvent par une déclaration « d’illégalité » de l’avortement sur le territoire de la municipalité, qui se traduit par une opposition à l’ouverture de quelque clinique offrant le service. En date de mars 2022, 45 municipalités – principalement au Texas (41 sur 45) – ont adopté une telle déclaration. Deux autres municipalités – une au Texas et une en Ohio – avaient déclaré leur territoire « sanctuaire » anti-avortement, mais ont depuis renversé leur position (Sanctuary Cities for the Unborn, 2022). La quasi-totalité des municipalités s’étant déclarées « sanctuaire » sont des milieux ruraux (32) ou des cluster urbains<sup>34</sup> (12). Une seule ville ayant une population de plus de 50 000 habitant.e.s a adopté une telle motion : Lubbock au Texas. Avec une population estimée de 314 451 habitant.e.s en 2022, la ville du Nord de l’État a adopté la motion par le biais d’un référendum, en mai 2021, suite au rejet, par le conseil municipal, d’une telle mesure en 2020. Conséquemment, la clinique Planned Parenthood, qui a ouvert ses portes en avril 2021, a cessé d’offrir l’accès à l’avortement (Klibanoff, 2022a). Bien que le mouvement touche un nombre limité de municipalités – et un faible pourcentage de la population – le focus de l’activisme anti-choix vers des cibles plus locales ne doit pas être négligé, les impacts de ces actions se juxtaposant aux autres lois adoptées aux divers paliers gouvernementaux, créant une course à obstacles pour les patientes.

---

<sup>34</sup> Aux États-Unis, le terme rural est défini comme étant tout ce qui n’est pas une zone urbaine. Selon le Bureau du recensement, une zone urbaine peut être définie de deux façons : (1) un espace urbanisé, où la population excède 50 000 personnes ou (2) un cluster urbain, où la population est de plus de 2500, mais moins de 50 000 personnes (US Census, S.D.)

Pour celles résidant dans un État autrement associé à une restriction des droits reproductifs et sexuels (ici le Texas et la Pennsylvanie), il y a ainsi une forte perception d'une variation d'accès entre les centres urbains, où la présence de cliniques diminue les impacts des politiques restrictives, et les milieux ruraux, où la faible acceptation sociale accentue l'absence d'accès :

(...) but also maybe in (silence) in higher populated areas hum cause Texas is really big hum so maybe in major cities like Austin, San Antonio and Houston, there's more access versus maybe places like Temple or Paris that are kind of in the middle of nowhere maybe there's not and that's where, I guess that's where most of, of conservative towns are, so I guess it also would be understandable based on political demographics, it fluctuates between the access to hum like women's clinics and abortion clinics. (Lucia, 20 ans, Texas)

Hum prior to September 1st, I would say it was geographical like not having enough clinics because Texas is huge hum but also hum and just you know (pause) there's so many areas of Texas where it's just like vast abortion desert right, there's no clinics in El Paso, now, there's only one clinic south of San Antonio hum and if you live in rural communities, which a lot of people in Texas do, your access to care is non-existent, for abortion care. (Lara, 39 ans, Texas)

Again, I'm very lucky to be in the city that I'm in and that has so many different hospital systems with a ton of access. I imagine anyone in the rural setting, especially in Pennsylvania, would have a really hard time. (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

it really depends on where you are hum because where I grew up it's a really rural area so the, the access is very poor. But I think as you get more into the major cities (pause) there might be some more access but it's still not (pause) 10. (Ava, 21 ans, Texas)

Or, les limitations de l'accès à l'avortement dans les milieux ruraux ne sont pas uniquement le fait des États conservateurs. En effet, bien qu'aucune participante à la présente étude ne réside dans un comté rural en Californie, il importe de souligner que dans cet État, autrement perçu comme un sanctuaire pour les droits reproductifs et sexuels, des obstacles à l'accès demeurent présents pour les femmes résidant en milieu rural. En 2017, le Guttmacher Institute présentait que 40% des comtés de l'État, majoritairement des espaces ruraux, n'ont pas de clinique d'avortement – affectant quelque 10% des femmes en âge reproductif (Jones et al., 2019). Or, en Californie, plusieurs espaces ruraux sont également des espaces agricoles, où résident une forte population latino-américaine. L'absence d'accès dans les milieux ruraux a ainsi un impact direct sur les

femmes latino-américaines, notamment dans Central Valley (Templeton Dunn et Bravo, 2007). Les conséquences des inégalités rural-urbain dans un État progressiste sont illustrées par une participante au sondage résidant dans le nord de l'État de New York : bien que l'avortement soit légal jusqu'au point de viabilité dans l'État de New York, la participante n'a accès à la procédure que jusqu'à la 14<sup>e</sup> semaine dans un rayon de 20 miles de chez elle. Pour obtenir un avortement durant le 2<sup>e</sup> trimestre, soit jusqu'au point de viabilité, elle doit parcourir 110 miles, et traverser au New Hampshire. Ainsi, même dans des États progressistes, où l'accès à l'avortement est protégé, une distinction rural-urbain existe, tant sur le plan du déplacement, de la proximité des cliniques et des distinctions idéologiques pouvant affecter la perception de sécurité des patientes (Orr, 2021).

En résidant dans un milieu urbain, les femmes peuvent limiter les impacts négatifs de lois restrictives en matière d'accès à l'avortement, les cliniques dans ces milieux étant souvent les dernières à fermer leurs portes en réaction à la démultiplication des contraintes à leurs activités<sup>35</sup>. De plus, il y a souvent une plus grande diversité de services et de points de service dans ces milieux, notamment grâce à une plus grande fluidité de l'information concernant les cliniques indépendantes. En effet, dans les milieux ruraux, les participantes notent que seuls les grands regroupements, comme Planned Parenthood, sont reconnus et associés à l'accès à l'avortement, tel que souligné par une participante résidant au Texas :

Like I hum went to college in Austin and like in the capital of Texas you would see all these organizations and all these reproductive health groups so I think in Austin I was more aware of all these different groups but back home in my small town I didn't really know anything outside of Planned Parenthood. (Eva, 22 ans, Texas)

Cela influence la perception de l'accès à l'avortement, car si aucune clinique affiliée à Planned Parenthood n'œuvre dans cette région, les patientes peuvent avoir l'impression qu'il n'y a pas

---

<sup>35</sup> Par exemple, au Mississippi, au Dakota du Sud et au Dakota du Nord, où il ne reste qu'une seule clinique pour l'ensemble de la population de l'État, les cliniques sont, respectivement, à Jackson, à Sioux Falls et à Fargo, soit les villes les plus peuplées de ces États.

d'accès à l'avortement. Or, une majorité des avortements sont réalisés dans des cliniques indépendantes (Cruz, 2021).

Conséquemment, ces milieux urbains, même dans des États restrictifs, sont perçus comme des bulles progressistes, où les options sont plus diversifiées, offrant davantage de choix aux patientes. C'est notamment l'expérience de Valentina qui, après avoir pris la décision d'interrompre une grossesse, a également pu choisir la clinique où elle se sentait le plus à l'aise :

Hum so living in a big city I think, makes all of that so much easier so hum I am in Philadelphia, in Pennsylvania, which is a major hub like lots of different variety of healthcare, which I think you know it gives people choice, it's not like there's one single place that people can go to hum and so I chose to go to a Planned Parenthood location that is hum central to the city, not close to where I live, but it was just like the biggest Planned Parenthood hum and so I went there. (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

En repensant à son expérience, Valentina souligne l'étendue de ce que signifie le mot « choix ». Plus que le choix d'interrompre ou non une grossesse, elle souligne que le fait qu'elle réside dans un centre urbain lui permet également de choisir là où elle souhaite obtenir la procédure. Elle perçoit ainsi son accès comme étant plus facile et davantage choisi, en opposition à ce qu'elle conçoit comme la réalité dans le reste de la Pennsylvanie, plus rurale, où elle a l'impression que les femmes se font imposer certains soins car ce sont les seuls qui sont accessibles là où elles résident. Cette perception est partagée par d'autres participantes résidant à Philadelphie, dont Iva, pour qui, à l'exception de Philadelphie et Pittsburgh, la Pennsylvanie est comparable au Texas en ce qui a trait à l'accès à l'avortement.

Or, ces dichotomies idéologiques entre le monde rural conservateur et le monde urbain progressiste ne permettent pas d'aborder l'étendue des expériences et perceptions des femmes latino-américaines. En effet, l'analyse des expériences des participantes permet une mise en lumière des tensions pouvant exister dans des espaces autrement considérés comme progressistes, ou encore des divisions pouvant exister à l'intérieur des grands centres urbains, où certains quartiers sont

moins progressistes. Conséquemment, l'image renvoyée par une lecture dichotomisant le rural/urbain demeure incomplète, nécessitant l'utilisation d'échelles plus fines pour mieux aborder les subtilités du positionnement géographique et de l'accès à l'avortement. Par exemple, certains espaces, pouvant être qualifiés d'urbains sur la base de leur population, comme El Paso au Texas ou Otay Mesa en Californie, sont également marqués par des dynamiques culturelles spécifiques. Conséquemment, malgré un statut de ville progressiste, il est possible de rencontrer une opposition à la présence d'une clinique d'avortement dans des espaces urbains, tel qu'observé par les participantes :

Yes, yes, going back to the thing about the zipcodes and the location, I think the stigma does affect when a community like accepts to have a clinic or like you know just let them be (...) so yeah I think it depends on the location and the people there (Marcela, 28 ans, Californie)

Hum I definitely think hum in certain communities like the Planned Parenthood didn't get enough funding and had to close down. I know in El Paso I believe they close down in El Paso itself and move to just next to New Mexico hum but in addition to that I mean funding and clinics and that sort of thing there's barriers, you know stigma as a barrier like Texas is part of the Bible belt in some parts so I mean your community having hum you know pressuring you not to get an abortion and all that sort of thing. (Adriana, 23 ans, Texas)

I think regardless the access to any type of women health care is very slim, it's not spoken about in the first place and then on top of it you know there's no abortion access in El Paso anymore. I don't know if you've heard but to get an abortion you go to Las Cruces hum so even if you needed an abortion you, you wouldn't find one, a safe one you know (Camila, 23 ans, Texas)

À une échelle encore plus fine, le code postal est également représentatif d'un quartier, d'une rue, d'un espace social influencé par ses habitant.e.s, avec leurs croyances, leur idéologie, et des forces externes, comme le financement et les ressources disponibles dans ce milieu. Ainsi, les participantes aux entretiens ont, indépendamment de l'État de résidence, souligné une perception de variation des services offerts entre les quartiers, notamment sur la base de la composition ethnique/ethnoculturelle de ceux-ci :

Yes hum well first of I...I think that at least on the area that I know and have lived in hum I feel like the most qualified clinics for reproductive health are usually in

neighborhoods that are almost entirely white and hum I don't think, I don't think the same services are provided in neighborhoods that are mostly minorities or you know ethnically different. So yeah again it's the societal (mumbled word) I don't think it's directly related to the clinics, but just the location of them. (Marcela, 28 ans, Californie)

Eh pues para empezar hum por ejemplo pues en la saria donde viven como más latinos este a la mejor, bueno, que no hay este clinicas tan cerca de yo, las clinicas grandes por ejemplo, y a los hospitales más grandes estan como en otros, en otros neighborhood entonces ellos este solo hay clinicas pequeñas. [Eh bien, pour commencer, hum, par exemple, eh bien, dans le quartier où vivent la plupart des latinos, au mieux, eh bien, il n'y a pas ces cliniques si proches de soi, les grandes cliniques par exemple, et les plus grands hôpitaux sont comme dans d'autres, dans d'autres quartiers, donc dans celui-ci il n'y a que de petites cliniques.] (Guadalupe, 35 ans, Californie)

there are certain neighbourhoods, and depending if they are an immigrant neighbourhood, that you are less likely to have access to a lot of things (Rosalina, 33 ans, New York)

La géolocalisation des participantes par rapport à la clinique d'avortement la plus près de leur domicile permet de voir qu'il y a une certaine dissonance entre la perception d'accès et l'accessibilité réelle des participantes à une clinique offrant la procédure. Bien que la plupart des participantes résident assez près d'une clinique, il y a tout de même une perception de différence entre les services disponibles à proximité dans les quartiers multiculturels ou à prédominance non-blanche. Or, lorsque l'accès à l'avortement n'est pas visible ou perçu comme étant inaccessible dans un quartier, cela peut avoir une incidence directe sur la propension des femmes à accéder aux services recherchés, notamment si les patientes ont l'impression qu'elles doivent se déplacer plus loin.

### 3.2 Entre mobilité et immobilité : Accéder aux cliniques

Le positionnement géographique des femmes, tant au niveau plus macro de l'État qu'au niveau plus micro du type de milieu de vie et ou encore du quartier, influence l'expérience et la perception de l'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines. Or, l'expérience du positionnement

géographique est influencée par les mobilités des femmes. Définie comme étant la capacité de se mouvoir, se déplacer, changer de position, la mobilité n'est pas un concept dichotomique marqué par une présence ou une absence, mais peut plutôt être abordée selon un continuum. Les mobilités sont influencées par les politiques, forces systémiques : « mobility can be thought of as an entanglement of movement, representation, and practice » (Cresswell 2010 : 17). Les moyens de transport disponibles et accessibles, les lois entravant ou facilitant la mobilité et les capacités personnelles sont autant d'éléments influençant les mobilités individuelles et collectives. Le niveau de mobilité des femmes sera évalué selon trois indicateurs : la capacité de se déplacer dans l'État de résidence; dans les États voisins; et de traverser les frontières internationales.

### 3.2.1 Des lignes étatiques à étanchéité variable : La mobilité dans et entre les États

Les mobilités des individus ont un impact direct sur l'accessibilité aux soins de santé, incluant les soins de santé reproductive. L'accès à une voiture, la possibilité de se déplacer sans dépendre d'un membre de la famille ou d'un.e ami.e, la présence d'un système de transport collectif efficace et adapté ont une incidence directe sur la perception d'accessibilité des services.

Or, plusieurs éléments peuvent entraver ou faciliter les mobilités individuelles. Le plus saillant est l'accès à un véhicule. Mentionné à plusieurs reprises par les participantes, la capacité de se mouvoir est intrinsèquement liée à une autonomie de mouvements qui facilite l'accès aux soins de santé reproductive. Or, l'accès à une voiture n'est pas universel. Ainsi, à l'inverse, l'absence d'accès à un véhicule, ou le partage d'un véhicule par plusieurs personnes, est perçu comme une entrave importante à l'accès aux soins de santé reproductive :

and just (silence) also just access in general like if families don't have vehicles or they only have one vehicle that they share but one's at work or you know like just different methods of going can be hard as well as hum childcare if they have kids in that home is also a barrier. (Ava, 21 ans, Texas)

Cela peut être d'autant plus complexe pour les femmes mineures, pour qui les options de transport peuvent être encore plus limitées, ou dont la mobilité dépend des parents.

Un autre élément influençant les mobilités est la présence d'un réseau de transport collectif accessible, fiable et étendu. Dans un milieu rural, ces transports collectifs sont quasi inexistantes. Or, même dans un milieu urbain toutes villes ne sont pas égales au niveau de la couverture des réseaux de transports collectifs, de la facilité à naviguer les différentes routes et la fiabilité du réseau. Dans le cadre des États étudiés, une comparaison (1) des capitales et (2) de la ville la plus peuplée (voir Tableau 3.4) permet d'aborder ces enjeux de mobilité même dans un contexte urbain. Si les villes les plus peuplées des trois États peuvent compter sur un réseau de transport en commun offrant diverses options de transport (autobus, métro, train léger sur rail et autres), les capitales des États sont souvent moins bien desservies. Toutefois, si ces réseaux de transport existent, leur fiabilité et leur utilité n'est pas automatique. Ainsi, lors de notre terrain de recherche en Californie, plus précisément à Los Angeles, il est évident que le réseau présente des lacunes importantes entravant la fluidité de service. Dans la région de Los Angeles, certains espaces, par exemple Santa Monica, ont maintenu leur indépendance quant à la gestion du transport local. Ainsi, il faut, pour se déplacer en Santa Monica – où se trouve une clinique de Planned Parenthood – et les quartiers limitrophes intégrés à Los Angeles, prendre un autobus géré par la municipalité de Santa Monica (Big Blue Bus), puis transférer sur une ligne gérée par Los Angeles (Metro). En plus de la logistique additionnelle, cela implique également de payer chaque entité, qui utilisent des applications différentes pour l'achat des billets. Un déplacement de 30 minutes en voiture peut ainsi en prendre plus de 60 en autobus en raison de ces différents transferts. En opposition, le transport à New York City, où nous nous sommes également rendus, est intégré sous une même organisation (MTA), à l'exception des traversiers, permettant l'achat de titres sur la même carte de transport.

**Tableau 3.4 Principales zones urbaines dans les États étudiés**

	<b>Autobus</b>	<b>Métro</b>	<b>Autre</b>
<b>Californie</b>			
Sacramento	Oui (63 lignes)	Non	Train léger sur rail (3 lignes)
Los Angeles	Oui (200 lignes)	Oui (2 lignes)	Train léger sur rail (4 lignes)
<b>New York</b>			
Albany	Oui (38 lignes)	Non	
New York City	Oui (235 lignes)	Oui (36 lignes; 472 stations)	Traversier (7 lignes)
<b>Pennsylvanie</b>			
Harrisburgh	Oui (17 lignes)	Non	
Philadelphie	Oui (156 lignes)	Oui (3 lignes)	Trolley (7 lignes)
<b>Texas</b>			
Austin	Oui (88 lignes)	Non	Commuter rail (1 ligne)
Houston	Oui (103 lignes)	Non	Train léger sur rail (3 lignes)

Ensuite, la division rural-urbain a un impact sur la nécessité d’avoir une mobilité plus grande. Les femmes résidant en milieu rural ont souvent moins d’options à proximité. Dès lors, les moyens économiques, physiques et matériels de se déplacer prennent d’autant plus d’importance. Conséquemment, si une patiente n’a pas les moyens de payer pour l’essence ou n’a pas accès à un véhicule, l’accessibilité aux soins s’en trouve grandement diminuée (Novack et Collins, 2020), les réseaux de transport en commun étant inexistantes ou peu fréquents. Par exemple, pour Selina, qui est déménagée d’une ville texane vers un cluster urbain au centre de la Pennsylvanie, le transport est le principal obstacle à l’accessibilité aux soins de santé reproductive. Si avant, dans sa ville natale, elle pouvait compter sur un réseau d’entraide, ainsi que sur un minimum de services de transport en commun, en Pennsylvanie, elle a eu de la difficulté à accéder aux services avant l’acquisition d’une voiture :

Yes hum moving here hum everything is much more different than in El Paso hum For example, back in El Paso it was much more community-wise versus here you’re out on your own is what I feel hum so like and especially since everything is so spread out and sparce like it’s very hard to find a good place or clinic especially well from I’m living in a different state it would different, or within different cities in Pennsylvania it would be different, but I do find it’s more of a rural area around here, so for hum people who don’t have good means of transportation I feel like that would be very difficult, especially for, well I, I don’t really see any like Latinos here or I haven’t really met that many, but from my

assumptions I'm thinking like Latino farmworkers are specifically gonna be like hum impacted by this (pause) since they would probably have a lack of transportation access, and a bunch of barriers to face when getting reproductive health services and I hum, I kind of faced that without a car hum I recently got a car, but previous to that it was very limited mobility, accessing Uber was very expensive hum but thanks to the university I do have healthcare, so that helped me get access to healthcare and but I mean previous to that it was very hard transportation wise. (Selina, 23 ans, Pennsylvanie)

La mobilité peut également être définie par les réseaux de soutien et la possibilité de demander de l'aide lorsqu'une patiente n'a pas un accès direct à un moyen de transport. Dans le cas des soins de santé reproductive, cela est d'autant plus déterminant, car, contrairement aux autres soins de santé, ceux-ci sont plus stigmatisés. Conséquemment, il n'est pas aussi facile de demander de l'aide pour se rendre à un rendez-vous ou pour garder les enfants. Dans certains cas, comme celui de Valentina, les patientes ont le soutien d'un membre de la famille et accès à un mode de transport, mais cela peut s'accompagner de défis logistiques associés au positionnement géographique, qui peuvent également être une source de stress supplémentaire en amont du rendez-vous pour un avortement. La capacité de se déplacer vers la clinique d'avortement, son emplacement, la distance entre le domicile et la clinique sont autant d'éléments qui influencent l'aisance d'une patiente à se rendre à son rendez-vous. Valentina, une participante de Pennsylvanie ayant eu un avortement, raconte, durant son entretien, comment les enjeux logistiques liés au déplacement vers la clinique se sont avérés être l'élément le plus anxiogène et difficile associé à sa décision de mettre un terme à sa grossesse :

Hum at the time hum I did not have my own transportation and I, my daughter was only 18 months old so hum my partner had a car so it was a matter of we had to all be available in order to be driven there hum in hum in order to get there (...)it was definitely a drag hum getting there and getting back in, in both planning and more logistics than...If anything that part is more stressful than the actual procedure itself. (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

La capacité des patientes à se déplacer dans leur État de résidence pour accéder aux soins de santé reproductive constitue ainsi une nouvelle barrière géographique à l'accès. Non pas uniquement influencée par l'État, le milieu ou le lieu de résidence, la mobilité est facilitée ou entravée par de

nombreux autres facteurs – dont le statut socio-économique et l'âge. La présence ou l'absence de ces entraves entraîne, à son tour, des fluctuations dans la perception de l'accessibilité des services et dans l'expérience qu'ont les femmes de leur accès à ces mêmes soins.

Outre les déplacements à l'intérieur de l'État, le niveau de mobilité d'une femme, et les entraves vécues par celles-ci, influencent également l'étendue des services qui seront considérés, par les patientes, comme accessibles. En effet, pour celles pouvant se déplacer plus facilement, les déplacements interétatiques peuvent être un moyen de diminuer les impacts des lois restrictives.

En effet, l'adoption de mesures restrictives ou visant à protéger l'accès à l'avortement affectent directement les résidentes de l'État concerné, mais a également un impact sur les femmes résidant dans les États avoisinants. Conséquemment, les États de New York et de la Californie reçoivent des patientes d'États voisins plus conservateurs, alors que les femmes résidant au Texas et en Pennsylvanie peuvent avoir à voyager au-delà des frontières de leur État pour accéder à l'avortement. Ces mouvements entre États sont directement liés à l'adoption de lois plus restrictives, tel que démontré par une étude des impacts de la loi HB2 au Texas. En 2012, avant l'entrée en vigueur de HB2, 762 Texanes ont eu accès à un avortement dans un État limitrophe. En 2014, soit moins de deux ans après l'entrée en vigueur de la loi qui a entraîné la fermeture de près de 50% des cliniques dans l'État, 1673 Texanes ont eu accès à un avortement hors de leur État de résidence. En 2017, après le jugement de la Cour suprême dans *Whole Woman's Health*, 1475 femmes ont eu à se déplacer dans un État limitrophe pour mettre un terme à une grossesse (Raifman et al., 2021 : 315).

Ce même phénomène se répète aujourd'hui, suite à l'adoption de la loi SB8 : selon une étude menée par une équipe du *Texas Policy Evaluation Project* de l'Université du Texas à Austin, le nombre de femmes texanes obtenant un avortement hors de l'État a décuplé, passant de 514 patientes pour la période de septembre à décembre 2019, à 5 574 pour la même période en 2021, après l'entrée en vigueur de la loi (White et al., 2022a : 1). Or, les conséquences de SB8 sont encore plus sévères qu'en 2013 : la moyenne mensuelle de déplacements de Texanes hors de l'État était de 142 en 2013,

mais de 1391 patientes dans les trois premiers mois de l'application de SB8 (White et al., 2022a : 1-2).

La majorité de ces patientes dépendent des cliniques situées dans deux États frontaliers du Texas : l'Oklahoma, où sont allées 45% des patientes texanes, et le Nouveau-Mexique, qui a traité 27% des Texanes obtenant un avortement hors de l'État (White et al. 2022a : 2). Cette nécessité de se déplacer hors de l'État est saillante dans le discours des participantes. La loi SB8 n'empêchera pas les Texanes de mettre un terme à leur grossesse, mais la loi crée une situation où il doit soit y avoir une prise de décision très rapide, ou une capacité à se déplacer hors de l'État :

So now people are having to travel out of state or having to make those decisions right away whereas before people might want to have some time to think about it and now there is no time, you either you do it or you don't or you have to go out of state hum so now, including like compounding cost of travel, having to take time off of work, finding childcare to like leave the state hum and just a bunch of other issues. (Lara, 39 ans, Texas)

Hum I think the main obstacle is people don't find out they are pregnant hum so that they'll have to go to a different state to get an abortion and so you don't find out you're pregnant in time you have to go to a different state to get an abortion and people...that requires traveling cost, costs, taking off work as a cost, and just like an extra, just so many more extra hurdles to go over just to access hum abortion because you found out you know at eight weeks. (Adriana, 23 ans, Texas)

Loin d'entraîner une diminution marquée des avortements obtenus par des femmes résidant au Texas, la loi SB8 démontre plutôt que, tel que soutenu par la Dre. Kristina Tocce, directrice médicale de Planned Parenthood of the Rocky Mountains lors d'un entretien avec NPR, « lorsque les individus ne sont pas capables d'accéder à l'avortement dans leur propre État, ils vont voyager – ou à tout le moins les patientes qui ont les moyens de voyager vont voyager » (McCammon, 2020 [traduction libre]). D'ailleurs, en raison des fermetures de cliniques suite à la loi de 2014, pour certaines, la nécessité de se déplacer hors du Texas prédatait l'adoption de SB8, la clinique la plus proche de chez elles se trouvant dans un autre État. Par exemple, pour une Texane résidant dans le « Panhandle » au Nord, une clinique d'Oklahoma City (Oklahoma) ou d'Albuquerque (Nouveau-Mexique) peut être plus accessible qu'une clinique à Austin ou à Dallas. Or, cette option de déplacement n'est pas pérenne et les options sont limitées, même pour celles ayant les moyens

économiques, physiques et légaux de se déplacer. Le Sud des États-Unis est, avec une portion du Midwest, la région où il est le plus difficile d'accéder à l'avortement et où l'activisme anti-choix est prédominant. Les États limitrophes du Texas sont majoritairement conservateurs, des lois de plus en plus restrictives y sont adoptées. Déjà, en Arkansas, Oklahoma et Louisiane, des restrictions similaires à celles du Texas – à l'exception de SB8 – existent (voir Annexe 2). De plus, en avril 2022, l'Oklahoma a adopté la loi SB612, qui criminalise l'avortement, sauf lorsque la vie de la personne enceinte est en danger. Cela restreint donc de plus en plus les possibilités pour les femmes résidant dans le Sud, le Nord et l'Est de l'État, ne laissant que le Nouveau-Mexique, qui mise sur une absence de lois restrictives afin de faciliter l'accès (absence d'une période d'attente entre un rendez-vous de consultation et la procédure ; absence de formulaire de consentement parental ; couverture de la procédure pour les patientes couvertes par Medicaid) ou des États non-frontaliers et plus lointains.

Pour certaines, la mobilité interétatique est limitée par les réalités géographiques de leur positionnement. Cela est le cas pour les femmes résidant dans la Rio Grande Valley, une région au Sud du Texas. Avant le 1<sup>er</sup> septembre 2021, la clinique de McAllen était déjà la seule option accessible dans un rayon de 150 miles. Aujourd'hui, avec la fermeture des cliniques au Texas, la clinique la plus proche est celle de Mexico City, 965 kilomètres (600 miles) – et une frontière internationale – plus loin (Luthra, 2021). Pour d'autres encore, la superposition des lois d'immigration aux récentes restrictions en matière de santé reproductive place leur droit au choix hors d'atteinte :

now in Texas, where if you're pass six weeks, hum, you're gonna have to leave the state to get an abortion and so say you're immigration status is you're undocumented and I know in places like El Paso hum when you leave you sometimes hit a border patrol checkpoint just like within the state itself you know not even crossing the border it's just a checkpoint so you know if you're undocumented or have hum you know an expired green card or anything like that and you try to leave the state to access an abortion hum I think you can run across some difficulties just because all the border patrol checkpoints, yeah. (Adriana, 23 ans, Texas)

Pour sa part, la Pennsylvanie partage des frontières, au nord et à l'est, avec plusieurs États plus progressistes sur les enjeux de santé reproductive (New York, New Jersey, Delaware, Maryland),

offrant diverses options aux femmes voulant contourner les limites imposées par le Keystone State. Cela est particulièrement accessible pour les femmes résidant à Philadelphie, et qui peuvent être au Delaware ou au New Jersey en moins d'une heure. Cette proximité diminue les impacts négatifs des lois restrictives de la Pennsylvanie pour celles pouvant se déplacer et résidant dans l'Est de l'État, comme Iva, qui, lorsqu'elle a mis un terme à sa grossesse, a choisi de se rendre au New Jersey pour éviter la période d'attente et obtenir un rendez-vous plus rapidement :

It was the ability, the timing to get an appointment and New Jersey just made it much easier. I think at the time (exhales) there was something in Pennsylvania, I don't know whether they needed you to go through counselling or, there was some sort of (pause) You know I had made my decision, I didn't need to have somebody make me think about it even more cause it's not a decision anyone takes lightly hum so yeah New Jersey had a lot less barriers so that's why. And I was living in Philadelphia, which the geography of Philadelphia, and crossing into New Jersey is, it's just across the bridge hum they're right next to each other so yeah that's, New Jersey had made it much easier. (Iva, 46 ans, Pennsylvanie)

Or, cette possibilité de se mouvoir vers un État plus progressiste n'est pas accessible à toutes. Pour les femmes résidant dans le sud-ouest de l'État, les États limitrophes de l'Ohio et de la Virginie-Occidentale ont des restrictions similaires – voire plus nombreuses – que leur État de résidence. De plus, les femmes résidant dans le nord de l'État, frontalier avec New York, sont limitées dans leurs possibilités de déplacement, car la portion frontalière de l'État de New York est, avant Buffalo, Rochester et Syracuse, plus rurale, ce qui limite les options, tant pour les résidentes de l'État que pour celles qui s'y déplaceraient, les milieux ruraux étant moins desservis en ce qui a trait à la santé reproductive. Par exemple, pour une participante à notre étude qui réside dans le nord de l'État de New York, la clinique la plus près de chez-elle est à 19.1 miles (30.7 km), mais elle doit parcourir 109.7 miles (176.6 km) afin d'obtenir un avortement après 13 semaines de grossesse.

À l'inverse, les capacités de déplacement des femmes résidant dans des États adoptant des lois restrictives ont des impacts sur l'accessibilité des femmes résidant dans des États progressistes – ou moins restrictifs – en raison d'une pression accrue sur les cliniques, qui sont appelées à servir des patientes provenant de multiples autres États. Dans certains cas, un effet domino est observable : les patientes de l'État A se rendent dans l'État B pour mettre un terme à leur grossesse, poussant certaines patientes de l'État B vers l'État C en raison d'une absence de rendez-vous disponibles

dans un espace-temps acceptable (White et al., 2022a; 2022b; Thomson-DeVeaux, 2022). Cette situation a notamment été observée en Oklahoma, où, suite à l'entrée en vigueur de la loi SB8 au Texas, l'augmentation du nombre de patientes texanes a poussé certaines femmes de l'Oklahoma à se déplacer à leur tour hors de leur État de résidence pour obtenir la procédure – non pas en raison d'une interdiction d'accès, mais en raison d'un manque de rendez-vous (Keefover, 2021).

### 3.2.2 Les zones frontalières, porteuses de ressources ?

Au-delà des lignes entre les États se dessinent les frontières internationales des États-Unis, points de rencontre entre deux cadres législatifs et juridiques. Lignes de démarcation entre deux États souverains, espaces à surveillance variable selon les enjeux de sécurité qui y sont projetés, lieux d'échanges culturels et économiques, les zones frontalières sont marquées par de multiples dynamiques socio-politiques, économiques et géographiques. Or, c'est également dans ces espaces que les im/mobilités sont hyper-visibles, une réalité qui affecte notamment l'accès aux soins de santé.

Tel que présenté précédemment, les zones frontalières constituent des espaces particuliers entre contrôles et intégrations, où les identités individuelles entraînent une fluctuation de la conception de la frontière. Lorsqu'il est question de soins de santé, pour certain.e.s résident.e.s des zones frontalières, la frontière devient une ressource pouvant faciliter l'accès aux soins. C'est notamment le cas le long de la frontière mexicaine-étasunienne : d'une part, le Mexique offre un accès à des soins de santé à un prix accessible pour la population étasunienne non-assurée et facilite l'accès à certains soins, alors que le mouvement inverse, vers les États-Unis, ouvre la porte à certains soins autrement inaccessibles au Mexique, incluant des soins de santé reproductive (Moya et al., 2020 : 191). Pour les individus, la constitution d'un réseau transfrontalier de soins fait partie du quotidien depuis des centaines d'années, alors qu'au niveau institutionnel, la collaboration est faible, menant à des initiatives formelles et informelles pour favoriser l'accès aux soins de santé dans les zones frontalières (Moya et al. 2020 : 191).

Au nord, la frontière a également été abordée à travers cette conceptualisation de la frontière comme un espace porteur de ressources pour l'accès aux soins de santé. En effet, plusieurs États

frontaliers du Canada sont à l'avant-scène des débats sur les coûts faramineux des médicaments aux États-Unis, sensibilisés à l'enjeu notamment en raison de leur proximité géographique au marché canadien, où la centralisation de l'achat et le caractère public du système de santé permet des coûts plus faibles (Bissonnette, à paraître). Plus encore, en raison de l'inaction de leur État de résidence et du gouvernement fédéral, les populations des États frontaliers au Nord se sont tournés vers le Canada afin de répondre à leurs besoins en médicament, à un coût accessible. S'il est difficile d'évaluer avec certitude le nombre de déplacements transfrontaliers annuels pour l'achat de médicaments – et encore plus pour ce qui est des rendez-vous médicaux – en 2020, il est estimé qu'environ 4 millions d'Étatsunien.ne.s importent chaque année des médicaments pour un usage personnel, et 20 millions déclarent que quelqu'un.e avec qui il/elle habite importe des médicaments en raison d'un coût plus faible ailleurs (Galewitz, 2020).

Ainsi, les frontières canado-étasunienne et mexico-étasunienne sont devenues des ressources pour les résident.e.s des zones frontalières, leur permettant de répondre à leurs besoins de santé. Or, cette solution aux enjeux d'accessibilité du côté étasunien demeure imparfaite et temporaire : les résident.e.s des États-Unis dépendent de plusieurs facteurs hors de leur contrôle pour assurer un accès aux soins de santé, tel que le maintien de cet accès par un gouvernement étranger et la permanence de la capacité à traverser les frontières. Ce dernier point a notamment été saillant entre 2020 et 2022, alors que les frontières en Amérique du Nord ont longtemps été fermées aux déplacements non-essentiels en raison de la pandémie de COVID-19.

Les quatre États étudiés dans la présente thèse partagent une frontière internationale avec l'un ou l'autre des voisins terrestres des États-Unis (le Canada pour New York et la Pennsylvanie; le Mexique pour le Texas et la Californie). Il est donc possible d'aborder la question de la frontière comme ressource permettant de palier une absence d'accessibilité à certains soins, tout en comparant les deux espaces frontaliers.

En effet, si les deux frontières sont marquées par des déplacements transfrontaliers pour accéder aux soins de santé, les dynamiques spécifiques aux soins de santé reproductive diffèrent. Le long de la frontière mexicaine-étasunienne, l'avortement a longtemps été criminalisé du côté mexicain, menant à des déplacements vers le nord pour les patientes mexicaines désirant mettre un terme à une grossesse. Malgré une décriminalisation de l'avortement par la Cour suprême du Mexique en

septembre 2021, l'accès demeure difficile pour les Mexicaines (Kitroeff et Lopez, 2021), et pour certaines, traverser la frontière permet une meilleure accessibilité à l'avortement. À l'inverse, pour les femmes résidant du côté étasunien, le Mexique offre une plus grande accessibilité financière à la pilule contraceptive et il est possible d'y trouver du Misoprostol, utilisé pour les avortements médicaux, en vente libre – ou même de recourir à un avortement clandestin dans des villes comme Tijuana et Ciudad Juárez (Murillo, 2021).

Ainsi, parmi les participantes résidant dans la zone frontalière en Californie et au Texas, la frontière a été citée comme une ressource pour accéder aux soins, notamment la contraception. À la question « Est-ce facile pour vous d'accéder à la contraception ? », plusieurs participantes ont indiqué que leur proximité à la frontière internationale pouvait faciliter cet accès :

I can easily buy it at any pharmacy in Mexico and I am able to pay it. (Gina, 22 ans, Texas)

I live next to the border, it is easier for me to cross over to Mexico and get my medication than going to the doctor. (Laura, 29 ans, Texas)

Viajo a Mexico para adquirirlos porque en Estados Unidos tienen que ser recetados por el medico. [Je voyage au Mexique pour les acheter parce qu'aux États-Unis ils doivent être prescrits par le médecin] (Bianca, 27 ans, Californie)

La proximité à la frontière permet également aux résidentes de cette zone d'avoir plus de contrôle sur leur santé reproductive, leur permettant d'élargir le choix de méthodes de contraception financièrement accessibles, ou l'approche du/de la médecin :

Although I have health insurance in the US, it is extremely challenging to find a good physician in the US and get the proper care at a fair cost. I prefer to go to Juarez to get the immediate attention I need than dealing with the insurance bureaucratic system. (Paula, 38 ans, Texas)

Sur le plan économique, la frontière devient ainsi une ressource permettant de continuer d'amorcer ou de continuer la prise d'un contraceptif même si les femmes n'ont pas d'assurance ou vivent une situation socio-économique difficile, tel qu'illustré par l'expérience de Marcela. En raison de la

proximité entre son domicile et la frontière mexico-étasunienne, Marcela a pu s'appuyer sur les soins et options disponibles au Mexique, plutôt que de devoir arrêter de prendre son contraceptif lorsqu'elle n'avait plus de couverture d'assurance-médicament :

Yes, definitely, I think hum I think I'm privileged because I can just go down to Mexico and get everything done for way cheaper but I do think hum especially personal expenses can really play a huge part on whether or not you know I get tested or I go get contraceptives like when I didn't have insurance there would be months that I would just like you know what no contraceptives it's fine I'll wing it. (Marcela, 28 ans, Californie)

Par contre, suite à la pandémie de COVID-19, le caractère temporaire et incertain de cette ressource est plus tangible. En effet, les douanier.ère.s avaient une part de discrétion importante dans la définition de ce que représente un « déplacement essentiel » lors de la fermeture prolongée de la frontière mexicaine-étasunienne. De plus, le discours associé aux risques de la COVID-19, les délais supplémentaires aux douanes terrestres et les multiples propositions de restrictions supplémentaires à la frontière mexicaine-étasuniennes durant la présidence Trump, entraînent un stress lié aux déplacements internationaux et aux risques d'exposition au virus (Martinez et Villagran, 2020). Conséquemment, plusieurs patientes n'ont pas eu accès à certains soins de santé :

like now with COVID happening like that is completely closed out even for follow up treatment or prenatal care, having that option and so I think like the border is like a conduit of like not only like uniting your options if you have that privilege but also in dividing them in the professional world because we think oh yeah you have options but in reality like those options only exist for very few people that can access them. (Paula, 38 ans, Texas)

La frontière comme ressource pour l'accès aux soins de santé est également limitée au sens où toutes n'y ont pas accès. En effet, cette ressource vient influencer le niveau de mobilité des femmes, car traverser une frontière internationale implique de détenir une capacité à se mouvoir entre les espaces internationaux, et non uniquement se déplacer à l'intérieur d'un État ou des États-Unis. Or, la zone frontalière est le lieu de résidence de nombreux.euses migrant.e.s non documenté.e.s pour qui traverser la frontière n'est pas une option. Les participantes citant la frontière comme ressource pour l'accès aux soins de santé reproductive sont des citoyennes étasuniennes ou détentrices d'un

visa leur permettant de traverser librement dans les deux directions. Plus encore, la stratégie d'accès transfrontalier, bien qu'étant utile pour diminuer les coûts des soins, n'est pas sans coûts et implique que l'on soit capable de se mouvoir entre les deux espaces nationaux.

Finalement, la question des soins de santé reproductive peut être plus complexe que les autres types de soins de santé en raison du stigma qui accompagne ces soins. Il peut ainsi être plus difficile d'expliquer un déplacement transfrontalier dans un contexte où les communautés frontalières et/ou immigrantes sont souvent définies par les participantes comme des communautés de proximité sur le plan personnel :

So yeah I, I grew up in hum San Ysidro which is like literally minutes away from the border hum so I do feel that of course I, I grew up with a pretty huge immigrant community as well so just knowing people and, and having that access to, to these hum (silence) hum medical providers or organizations it was a little difficult hum to be able to trust. (Celestina, 26 ans, Californie)

En comparaison à la frontière avec le Mexique, la frontière canado-étasunienne ne présente pas les mêmes attraits, limitant les déplacements transfrontaliers pour des soins de santé reproductive. Au Canada, la contraception est accessible avec prescription, le Misoprostol n'est pas disponible en pharmacie et les cliniques d'avortements sont souvent dans les grands centres urbains, plus loin de la frontière internationale, à l'exception de Toronto et Vancouver. Ainsi, aucune participante résidant dans un État frontalier du Nord n'a cité la frontière comme un espace permettant d'augmenter les services accessibles ou comme ressource pour palier une absence de soins vécue localement. Une seule participante résidant dans l'État de New York a défini son accès aux soins de santé comme étant transfrontalier, mais avec le Mexique et non le Canada :

Los tomo por endometriosis y los anticonceptivos específicos para mí problema aparentemente no están aprobados en este país, no estoy completamente segura, así que los traigo de México. [Je les ai pris pour l'endométriose et les contraceptifs spécifiques pour mon problème ne sont pas approuvés dans ce pays, je ne suis pas totalement certaine, donc je les rapporte du Mexique] (Alma, 27 ans, New York)

\*\*\*

L'accès aux soins de santé reproductive pour les femmes latino-américaines se trouvent ainsi intimement lié au positionnement géographique à plusieurs titres. D'abord, à l'échelle de l'État, le paysage idéologique, les lois en vigueur et les cliniques accessibles influencent l'accès des patientes. Ensuite, au niveau plus local, les variations d'accès entre les milieux ruraux et urbains, ainsi que l'activisme de certaines municipalités, créent des variations dans la perception que les femmes ont de leur accès à l'avortement dans leur État de résidence. Troisièmement, cette accessibilité à géographie variable a un impact plus ou moins saillant pour les femmes selon leur im/mobilité : plus une femme est mobile, dans sa ville, son État, entre les États et au-delà des frontières internationales, moins les limitations observables localement sont perçues comme étant des obstacles insurmontables. Or, cette mobilité n'est pas accessible à toutes.

### 3.3 Contrer l'immobilité : L'avortement-maison et l'accès à la médication

La mobilité comme remède à une absence d'accès local à l'avortement n'étant pas universellement accessible, il importe d'élargir le spectre d'analyse de l'accès à l'avortement au-delà des cliniques physiques. Une avenue permettant aux personnes enceintes de mettre un terme à une grossesse lorsque le déplacement vers une clinique n'est pas possible ou souhaité est l'avortement-maison, soit par des moyens médicaux ou non médicaux.

#### 3.3.1 Encadrement de l'avortement médical et criminalisation de l'avortement-maison

Tel que présenté précédemment (voir Chapitre 1), les avortements chirurgicaux ne sont plus la seule méthode d'avortement accessible aux États-Unis. Depuis 2000, il est possible d'accéder à l'avortement médical, soit la prise d'une combinaison de deux médicaments, le Misoprostol et le Mifepristone, provoquant une interruption de grossesse. Approuvé par la FDA, le protocole pour l'avortement-médical requiert la prise de deux doses de médication, dans un intervalle de 24h. Le protocole indique que la première dose doit être prise en clinique sous la supervision d'un.e

professionnel.le de la santé, alors que la seconde dose peut être prise à la maison (FDA, 2021). Malgré l'absence d'indication requérant que la première dose soit administrée par un.e médecin, une vingtaine d'États ont, dans les dernières années, adopté des lois visant à rendre obligatoire la présence d'un.e médecin lors de l'avortement médical (Lindgren, 2017 : 350). Cela oblige les femmes à se déplacer à la clinique pour prendre la première dose et, selon les États, à y retourner pour la seconde ou recevoir celle-ci pour pouvoir la prendre à la maison. Dans certains États, afin de faciliter l'accès en milieu rural, la consultation peut se faire en télémédecine. Or, cette obligation de consultation s'inscrit en opposition à l'élargissement des traitements médicaux pouvant être reçus à domicile, plaçant l'avortement dans une classe distincte des autres traitements (Lindgren, 2017 : 355). Plus encore, les médecins désirant prescrire l'avortement médical doivent être inscrits dans un registre national, ce qui constitue un frein important pour celles et ceux ne voulant pas être identifié.e.s publiquement comme offrant ce service (Coeytaux, 2015 : 609).

En juillet 2020, durant la pandémie de COVID-19, l'obligation de prise de la première dose de médication en personne a été suspendue par un jugement du US District Court au Maryland (*American College of Obstetricians and Gynecologists et al. v. US FDA*, 2020), en raison des risques associés à un déplacement dans le contexte de la pandémie. Renversé par la Cour suprême suite à une opposition de l'administration Trump, la FDA a fait marche arrière en avril 2021, sous l'administration Biden, autorisant l'envoi de la médication par la poste jusqu'à ce que la pandémie de COVID-19 soit terminée (Belluck, 2021).

L'avortement-médical a ainsi gagné en accessibilité, notamment dans les milieux où les cliniques sont inaccessibles. Or, après les lois visant l'avortement chirurgical, les États conservateurs et progressistes se penchent maintenant sur l'avortement-médical. Du côté de la Californie, la loi SB 24, adoptée à l'automne 2019, rend obligatoire l'accès à l'avortement médical sur tous les campus universitaires publics de l'État. Inversement, au Texas, depuis décembre 2021, l'adoption de la loi SB4 rend illégal l'envoi de médication pour l'avortement par la poste et interdit la télémédecine pour la prescription de celle-ci. Plus encore, bien que la FDA autorise la médication jusqu'à la 10<sup>e</sup> semaine de grossesse, le Texas l'interdit à partir de la 7<sup>e</sup> semaine.

Ainsi, si l'avortement médical demeure pour certaines plus accessible et permet de contrer les limitations associées à l'avortement chirurgical, dans certains États, l'accès aux deux méthodes est

fortement limité. Ces changements législatifs peuvent pousser plus de femmes vers une troisième voie : l'avortement-maison. Un sondage national mené en 2010 estime que 1.2% des patientes interrogées ont tenté un avortement-maison en utilisant du Misoprostol seul et 1.4% ont utilisé d'autres moyens (Grossman et al., 2010 : 137). Une étude menée au Texas conclut pour sa part qu'entre 100 000 et 240 000 femmes ont, en date de 2015, tenté – avec succès ou non – un avortement-maison, et souligne que les Latino-Américaines sont plus susceptibles de tenter une telle pratique (Grossman et al., 2015). L'avortement-maison permet de contourner les restrictions entourant l'avortement et les conséquences des lois restrictives sur l'accessibilité de la procédure dans un espace géographique donné. En effet, l'avortement-maison permet de contrer les limitations à la mobilité, et délocalise la pratique de l'avortement d'un espace médicalisé, vers le domicile, le privé.

Si les méthodes alternatives peuvent être porteuses de certains risques, l'avortement-maison réalisé avec du Misoprostol peut être sécuritaire lorsque la médication est prise adéquatement (Murtagh et al., 2018). Le principal enjeu pour les personnes enceintes choisissant cette voie est la criminalisation de l'avortement-maison dans certains États (Rowan, 2015; Bakic Hayden, 2011), une tendance qui est plus dangereuse pour la santé et la sécurité des femmes que la procédure en soit (Berer et Hoggart, 2018 : 79).

### 3.3.2 Accessibilité de l'avortement-maison et connaissances

L'accessibilité à l'avortement-maison demeure toutefois liée à une question de connaissance des ressources disponibles : tant pour les réseaux clandestins que pour les méthodes plus « visibles », tels les sites internet, il faut savoir quoi chercher pour accéder aux ressources nécessaires à l'avortement-maison. En utilisant comme point de départ la conclusion des recherches menées par Daniel Grossman et son équipe, les participantes au sondage ont été invitées à répondre à la question suivante : « Connaissez-vous le Misoprostol et savez-vous pourquoi il est utilisé ? ». Sur les 82 participantes, 21 ont répondu « oui », ce qui représente 26% d'entre elles. Cette proportion est comparable au niveau de connaissance de la population à l'échelle nationale, à savoir 21% (Noor, 2022a). Par contre, une décomposition des réponses par État de résidence (Tableau 3.5)

illustre une variation de la connaissance déclarée : si 40% des participantes en Pennsylvanie déclarent connaître le Misoprostol et son utilisation, seulement 19% des Texanes offrent une réponse affirmative à la question.

**Tableau 3.5 Participantes ayant déclaré savoir ce qu’est le Misoprostol et son utilisation selon l’État de résidence**

État de résidence	Oui (n=21)	Non (n=61)	Sans réponse
Californie	8	19	30%
New York	2	6	25%
Pennsylvanie	4	6	40%
Texas	7	30	19%

Malgré cette forte connaissance du misoprostol dans la majorité des États, les participantes à l’étude ont un taux plus faible d’avortement que la moyenne nationale chez les Latino-Américaines (estimé à 25% en 2014 (Jerman et al, 2016)). Dès lors, les participantes sont peu nombreuses à déclarer avoir tenté un avortement-maison : 0.04% d’entre elles (3 sur 82) ont répondu « oui » à cette question. À cela s’ajoute trois questionnaires où cette question a été laissée sans réponse (Tableau 3.6).

**Tableau 3.6 Participantes ayant tenté un avortement-maison selon l’État de résidence**

État de résidence	Oui	Non	Sans réponse
Californie	1	26	
New York	1	7	
Pennsylvanie	1	8	1
Texas	0	35	2
Total	3	76	3

Sur le plan démographique, il est intéressant de noter que sur les 21 participantes ayant déclaré connaître le Misoprostol, seulement deux sont unilingues anglophones : la majorité des participantes sont bilingues ou unilingues hispanophones. De plus, sur les trois participantes ayant tenté de mettre un terme à une grossesse à la maison, deux sont unilingues hispanophones. L’une de ces tentatives a eu lieu à l’extérieur des États-Unis, dans le pays d’origine de la participante où l’avortement est criminalisé.

De plus, il importe de souligner que le sondage a été réalisé en parallèle à l'adoption de la loi SB8. L'application de cette nouvelle loi au Texas a eu un effet négatif sur la propension des femmes à discuter de ces enjeux, en raison du climat de méfiance et de peur qui découle de cette loi et du mécanisme de dénonciation qui l'accompagne. Ainsi, bien que les participantes du Texas présentent un taux de connaissance du misoprostol plus faible que la moyenne des participantes, et qu'aucune résidente de cet État n'a déclaré avoir tenté un avortement-maison, cette pratique demeure courante dans certaines régions de l'État, dont la Rio Grande Valley : « self-managed abortions are particularly common in the area [Rio Grande Valley], in large part because it's a far cheaper option. Medication abortion pills from the nearby flea markets, or from a pharmacy across the border, might cost \$40. A 2018 study found that about a third of McAllen-based respondents knew of somewhere other than a medical establishment where they might find abortion pills » (Luthra, 2021). Un sondage réalisé en 2008 à l'échelle de l'État a également démontré la prépondérance des tentatives d'avortement-maison dans la zone frontalière (Potter, 2013), où, même avant l'adoption de SB8, une seule clinique offrait l'avortement. La fermeture des cliniques et l'impossibilité pour certaines de se déplacer hors du Texas entraîne une augmentation de l'attrait des méthodes alternatives chez les Texanes. Selon une étude menée suite à l'adoption de SB8, et analysant les commandes réalisées auprès de l'organisme Aid Access, qui envoie la médication nécessaire à un avortement médical par la poste, la demande provenant du Texas a augmenté de 1180% durant la première semaine suivant la mise en application de SB8 (Aiken et al., 2022 : 1). La demande a diminué dans les semaines suivantes, mais est restée, entre septembre et décembre 2021, supérieure à la moyenne recensée avant le 1<sup>er</sup> septembre 2021.

La connaissance marquée des participantes de ces méthodes alternatives pour mettre un terme à une grossesse s'inscrit dans un territoire particulier, plus difficile à contrôler pour les gouvernements : celui du corps et du domicile. L'accès au Misoprostol est de plus en plus facile (Murtagh et al., 2018), tant dans les zones frontalières mexicaine-étasuniennes, où il est possible de traverser la frontière ou de trouver des réseaux d'entraide (Kitroeff, 2021; Luthra, 2021; notes de terrain, 2018), qu'à l'extérieur des espaces transfrontaliers, grâce à un accès par la poste. S'il demeure difficile de légiférer et de contrôler ce qui se déroule à l'intérieur des domiciles, certains États conservateurs ont, tel qu'évoqué précédemment, redoublé d'effort pour tenter d'entraver l'accessibilité de l'avortement-maison ou la criminalisation.

L'avortement-maison, qui se voulait un processus de déterritorialisation de l'avortement, par le biais d'une extraction de la procédure du domaine médical physique – la clinique – (Lindgren, 2017 : 366; Teal et al., 2009 : 479; Grossman et al., 2010 : 142), est à nouveau territorialisé au sens où, comme pour l'avortement médical ou chirurgical, les lois adoptées par les États entraînent un nouvel ancrage de la procédure dans un espace déterminé. Cela crée des inégalités d'accès selon le positionnement géographique, ajoutant à l'articulation à géographie variable du droit à l'avortement. La possibilité d'accéder à l'avortement à partir de son domicile constitue une avancée pour la reprise de contrôle de leur corps par les femmes, mais l'adoption des lois restrictives, dans les mêmes États qui restreignent déjà l'accès aux autres méthodes d'avortement, ne fait qu'accentuer les scissions existantes à l'échelle nationale.

Conséquemment, la frontière mexicaine-étasunienne ou la proximité d'un État progressiste, couplée à une capacité de se déplacer, demeurent des ressources considérables pour assurer un accès à l'avortement pour les femmes résidant dans des États où les limitations s'accumulent. En plus d'assurer un accès individuel pour les femmes, les frontières peuvent être des ressources « communautaires » favorisant le développement de réseaux, tel qu'illustré par le cas de « CC », rapporté par le El Paso Matters : « Though she's never been pregnant herself, CC has crossed the U.S.-Mexico border four times to buy misoprostol for friends, or friends of friends, who wanted to end their pregnancies. » (Rossi et Martinez, 2021a). Dans les villes frontalières, de plus en plus d'organisations, de pharmacies virtuelles et autres ressources se sont développées afin de démocratiser l'accès à ces ressources liées au positionnement géographique : « These efforts do not end at the border; they cross international lines and intertwine in a complex network of support for people that seek access to abortions. Challenges like the pandemic, the border closure and new Texas legislative developments have strained this network, but advocates continue their push to ensure women can continue to have abortions – even if underground » (Rossi et Martinez, 2021a).

Dans un contexte marqué par la fermeture de cliniques et l'augmentation des lois restrictives, l'avortement-maison demeure pour plusieurs une méthode de contournement des limitations à la mobilité, mais l'augmentation de l'accessibilité – et donc de la visibilité des ressources – a également mené à une augmentation des tentatives de légiférer pour entraver son accès, que ce soit par le biais de lois interdisant l'envoi de la médication par la poste, ou de propositions, plus récentes,

de lois visant à interdire le déplacement entre les États pour obtenir un avortement – quelle que soit la méthode.

\*\*\*

Le positionnement géographique des femmes et leur capacité à se déplacer dans un espace donné constituent ainsi des obstacles considérables à l'accès à l'avortement. Ceux-ci sont à la fois influencés par des forces externes – les politiques étatiques, l'acceptation sociale et l'organisation territoriale – et des facteurs identitaires – qui influencent la mobilité. Pour certain.e.s, on observe ainsi un retour à un phénomène pré-*Roe v. Wade*, où la géographie est le premier et principal facteur influençant l'accès des femmes à l'avortement, et aux autres soins de santé reproductive. Mais est-ce simplement une question de géographie ? Les femmes dans les États progressistes ont-elles réellement un accès systématique plus facile aux soins que les femmes dans les États conservateurs ? Et les femmes dans ces derniers vivent-elles uniquement des impacts liés à leur code postal ?

Malgré l'importance de la question géographique, notamment à une époque où la pérennité de *Roe v. Wade* – et donc du droit à l'avortement sur l'ensemble du territoire étasunien – est plus qu'incertain, cette dichotomie politique invisibilise d'autres dynamiques à l'œuvre influençant les relations entre corps, territoire et pouvoir. Dans les prochains chapitres, il s'agira d'explorer trois facteurs identitaires influençant l'accès à l'avortement et la perception de celui-ci chez les femmes latino-américaines.

## **CHAPITRE 4**

### **CORPS RACISÉS : LE STATUT MIGRATOIRE ET L'APPARTENANCE ETHNOCULTURELLE**

Le positionnement géographique est intimement lié au corps, qui à son tour est porteur de plusieurs marqueurs identitaires modulant l'impact du positionnement géographique sur la perception et l'expérience de l'accès à l'avortement. Le statut migratoire et l'ethnicité sont deux facteurs influençant la perception de l'accès, tant au niveau individuel que collectif. En effet, l'accès aux soins de santé et l'immigration sont intimement liés, tant par le biais de règles fédérales, notamment celle de la charge publique et des délais pour être admissible aux programmes publics, qu'au niveau des États, qui peuvent, à travers des politiques de santé, promouvoir leur agenda en matière d'immigration et de (non) reconnaissance des droits des personnes migrantes selon leur statut légal aux États-Unis. De plus, bien que souvent rédigées dans un langage qui ne fait pas de distinction entre les groupes ethnoculturels, les lois peuvent avoir des conséquences différentes selon l'ethnicité ou l'appartenance ethnoculturelle d'une personne, notamment en raison de la superposition des lois et du contexte sociopolitique dans lequel, invariablement, ces lois s'inscrivent. Le présent chapitre analyse l'accès et la perception d'accès à l'avortement et aux autres soins de santé reproductive des femmes latino-américaines à travers les prismes identitaires du statut migratoire et de l'origine ethnoculturelle, afin de démontrer comment ces aspects influencent et modulent la perception d'accès en relation au positionnement géographique.

#### **4.1 L'influence de la précarité de statut dans l'accès aux soins de santé**

Le nexus immigration-santé fait l'objet de nombreuses recherches, tant sur le plan sociologique (Vargas et al., 2019; Diaz et Niño, 2019), que des politiques (Lambert et al. 2022) et de l'influence du statut migratoire sur les déterminants de la santé (Chai, 2022; Woods et al. 2022; Yellow Horse et Vargas, 2022; Morey et al. 2020; Vang et al. 2017). D'autres recherches se concentrent également sur l'accès aux soins des personnes à statut précaire (Doshi et al., 2020; Ortega et al., 2018; Galvan et al., 2021; Bissonnette, 2022) et des familles à statut mixte (Lopez et Castañeda, 2022; Perreira et Pedroza, 2019). Ces études, ancrées dans plusieurs champs disciplinaires,

montrent une corrélation entre statut migratoire et état de santé, ainsi qu'entre statut migratoire et propension à accéder aux soins.

De plus, si les changements politiques peuvent avoir une incidence sur la perception de l'accès – en raison des politiques mises en place ou de la rhétorique adoptée – des recherches menées lors de la présidence de Donald Trump dénotent une corrélation entre le discours politique et l'état de santé des populations latino-américaines, dans un contexte où le discours anti-immigration est dominant et virulent. Une augmentation des problèmes cardiovasculaires, une anxiété et un stress accrus et un risque plus élevé de naissances prématurées chez les femmes latino-américaines sont autant de facteurs dénotés par les recherches et mènent certains à postuler un « effet Trump » sur la santé (Wan et Bever, 2019). Par exemple, une étude menée par Gemmill et al. conclut, suite à l'analyse des données concernant 33 millions de naissances entre 2009 et 2017, que les femmes latino-américaines ont, dans la période post-élection étudiée, eu un taux de naissance prématurée 3.5% plus élevé que les prévisions découlant des données précédentes (Gemmill et al., 2019). Deux autres études, une limitée au cas du Texas et l'autre au cas de New York, démontrent par ailleurs que la rhétorique anti-immigration a eu un impact sur la propension des femmes latino-américaines résidant au Texas à accéder aux soins prénataux et qu'elles accèdent aux soins moins fréquemment qu'avant la campagne présidentielle de 2016 (Chu et al., 2019). Les études concluent en outre à la présence de facteurs de stress ayant une incidence sur les naissances prématurées dans l'État de New York (Krieger et al., 2018).

Or, la présidence de Trump ne constitue pas le point de départ de cette relation entre immigration et soins de santé. Plutôt, la perception que la personne immigrante est un « poids » ou une « charge », est inscrite dans les lois d'immigration depuis toujours aux États-Unis, une situation qui influence les soins de santé de façon générale, incluant l'accès aux soins de santé reproductive. De plus, la politisation de la santé reproductive, à savoir sa délocalisation de la sphère de la santé vers la sphère politique, entraîne des dynamiques particulières s'inscrivant dans le nexus immigration-santé.

#### 4.1.1 Entre fédéré et fédéral : la règle de la charge publique et les initiatives étatiques

L'accès aux soins de santé pour les personnes migrantes est marqué par trois dynamiques centrales : les politiques fédérales et des États; la capacité de payer; et les variations selon le statut migratoire.

Dans le contexte étasunien, la santé est une prérogative étatique, alors que l'immigration relève des compétences fédérales. Or, si le fédéral contrôle les politiques migratoires, les États peuvent, dans les limites de leurs champs de compétence, influencer la vie quotidienne des personnes migrantes, notamment par le biais de politiques plus ou moins restrictives quant à l'accès aux services publics, comme l'éducation, la santé ou un permis de conduire. Au niveau fédéral, le débat s'articule principalement autour de la question des droits des personnes migrantes et de la définition d'un.e immigrant.e « souhaité.e » (où le statut socioéconomique prime). En effet, depuis la loi sur l'immigration de 1882, une des premières lois sur l'immigration adoptées au pays, le Congrès des États-Unis adopte la notion de « charge publique » comme base pour rejeter la demande d'entrée de toute personne définie de la manière suivante : « unable to take care of himself or herself without becoming a public charge » (Act of Aug. 3, 1882, ch. 376, § 2, 22 Stat. 214, 214). Cette règle a ensuite été reprise dans la loi sur l'immigration de 1891 :

the following classes of aliens shall be excluded from admission into the United States (...) All idiots, insane persons, paupers **or persons likely to become a public charge**, persons suffering from a loathsome or a dangerous contagious disease, persons who have been convicted of a felony or other infamous crime or misdemeanor involving moral turpitude, polygamists, and also any person whose ticket or passage is paid for with the money of another or who is assisted by others to come (Act of Mar. 3, 1891, ch.551, 26 Stat. 1084, notre emphase)

En 1903, une révision à la loi d'immigration entraîne l'ajout d'une application de la règle de la charge publique à la situation post-migration, autorisant la déportation d'immigrant.e.s devenu.e.s une charge publique dans les deux années suivant leur entrée sur le territoire. Cette période a par la suite été révisée, en 1994, dans le cadre de modifications faites au *Immigration and Nationality Act*, adopté pour la première fois en 1952. La loi dit alors ceci : « Any alien who, within five years after the date of entry, has become a public charge from causes or affirmatively shown to have arisen since entry is deportable » (INA § 241(a)(5), 8 U.S.C. § 1251(a)(5), 1994). Ainsi, si d'autres

restrictions à l'immigration adoptées à la fin du 19<sup>e</sup> siècle ont depuis été révoquées, la règle de la charge publique demeure centrale aux politiques migratoires contemporaines (Johnson, 1995). Par la suite, l'*Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act* (IIRIRA) de 1996 a augmenté les exigences financières pour les parrains, mandatant l'obtention d'un affidavit de soutien dans les cas de réunification familiale afin d'assurer la prise en charge financière de la personne immigrante par le parrain, et exigeant un remboursement des sommes reçues par la personne immigrante à travers des programmes publics (IIRIRA, 1996). Trois ans plus tard, l'*Immigration and Naturalization Service* (qui fut intégré depuis au Département de la sécurité intérieure, créé en 2002) a émis de nouvelles directives concernant l'application de la règle de la charge publique pour établir des critères clairs d'applicabilité et diminuer la confusion créée par l'adoption de ces différentes modifications aux lois d'immigration. Comme l'indique l'INS: « The Department decided to publish a proposed rule defining “public charge” in order to reduce the negative public health consequences generated by the existing confusion and to provide aliens with better guidance as to the types of public benefits that will and will not be considered in public charge determinations » (INS, 1999 : 28689). Par le biais de ce mémorandum, l'INS définit la charge publique comme suit :

“public charge” means an alien who has become (for deportation purposes) or who is likely to become (for admission/adjustment purposes) “primarily dependent on the government for subsistence, as demonstrated by either (i) the receipt of public cash assistance for income maintenance or (ii) institutionalization for long-term care at government expense.” Institutionalization for short periods of rehabilitation does not constitute such primary dependence (INS, 1999 : 28689)

L'adoption de cette directive a permis de cerner les programmes considérés dans la détermination d'un statut de « charge publique », et ceux qui en sont exclus. Ainsi, les programmes favorisant un accès aux soins de santé, soit Medicaid et le *Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children* (WIC), qui soutient les femmes enceintes et postpartum, ne sont pas considérés lors de l'étude de la charge publique (INS, 1999 : 28693). Parallèlement à ces réaffirmations du principe de la charge publique dans les lois d'immigration, le gouvernement fédéral a, à travers les années, limité l'accès à divers programmes financés par les fonds publics, ou restreint leur accès durant les premières années de résidence aux États-Unis (Johnson, 1995). Par exemple, la création des statuts de protection temporaire (TPS) dans le cadre de la réforme de 1990 de la loi d'immigration s'accompagna d'une interdiction, pour les détenteur.ice.s de ce statut,

d'accès à une majorité des programmes sociaux fédéraux (Johnson, 1995 : 1524). Plus récemment, sous l'administration Obama, le Affordable Care Act a réitéré les distinctions d'accès selon le statut migratoire. Ainsi, bien que les migrant.e.s non documenté.e.s soient plus à risque de ne pas avoir d'assurance santé, ils et elles sont exclu.e.s du ACA et ne peuvent donc pas acheter un plan d'assurance sur le marché créé par ACA. De plus, les résident.e.s permanent.e.s sont également soumis à des restrictions dans le choix d'une assurance via ACA (NILC, 2014).

En août 2019, la règle de la charge publique est à nouveau au centre des discussions sur l'immigration en raison d'une modification souhaitée par l'administration Trump, qui élargit la définition de dépendance envers le gouvernement afin d'augmenter le nombre de programmes sociaux considérés lors de l'analyse du principe de charge publique (Alvarez, 2022; Dawson et Sonfield, 2020). Trump va donc au-delà de la définition offerte par l'INS en 1999 qui stipulait que seuls les bénéficiaires sous forme d'argent sont comptabilisés dans l'évaluation de la charge publique. La règle souhaitée par Trump peut être décrite ainsi :

The updated regulation vastly expands the scope of programs included and compounds how their use is measured. The federal government will now count many non-cash benefits – including Medicaid, the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) and Section 8 housing assistance – against immigrants. (Dawson et Sonfield, 2020 :21)

De plus, en vertu de cette nouvelle règle de charge publique, toute personne ayant utilisé ces services pendant plus de 12 mois sur une période de 36 mois peut être jugée « charge publique » et conséquemment être inadmissible à la résidence permanente. Au-delà du statut socioéconomique, le statut de santé peut également être évalué afin de déterminer si quelqu'un.e est à risque de devenir une charge publique. Malgré ces changements, deux exceptions ont été annoncées par l'administration Trump : la couverture, par Medicaid, des soins pour les personnes enceintes, les enfants et les soins d'urgence (incluant l'accouchement); et les soins liés à la COVID-19 (test, traitement et vaccins). L'exception à Medicaid ne touche toutefois pas le reste des soins de santé reproductive : « there are no exceptions for other reproductive health services, such as family planning and STI care under full-benefit Medicaid coverage, coverage under a state's Medicaid

family planning expansion program, or coverage under Medicaid's breast and cervical cancer treatment program. » (Dawson et Sonfield, 2020 :21).

En mars 2021, suite à l'arrivée de Joe Biden à la Maison-Blanche, le *U.S. Citizenship and Immigration Service* a révoqué la règle de 2019 (Alvarez, 2022). Cette décision ne révoque toutefois pas la règle de la charge publique, mais entraîne plutôt un retour à la directive de 1999. Toutefois, nonobstant l'apparente souplesse de Biden, les conséquences de la règle de la charge publique restent bien réelles : « Its mere presence in the immigration laws, however, serves to deter immigrants from seeking public assistance for which they might be eligible. Indeed, receipt of public assistance has sometimes served as the basis for denial of immigration benefits to those seeking to regularize their status in the United States » (Johnson, 1995: 1522-1523). En présentant les personnes immigrantes comme de potentielles charges publiques (Dawson et Sonfield, 2020), les discours politiques contribuent à la stigmatisation des personnes immigrantes et à leur perception qu'elles ne méritent pas d'avoir accès aux soins de santé, notamment.

La présence de ces discours dans l'espace public contribue également au développement d'une perception, par les personnes immigrantes, d'absence d'accès ou de droit d'accès aux services publics, incluant les soins de santé et les programmes auxquels ils et elles sont admissibles (Haley et al., 2020; Guerrero et al., 2021). Ce phénomène, nommé le « chilling effect », a été étudié par plusieurs expert.e.s de santé publique et semble avoir augmenté lors de la présidence de Donald Trump (Beirnsstein et al. 2018). Par exemple, une étude menée pour le Urban Institute dénote qu'une personne immigrante sur sept a, en 2018, évité ou encouragé une personne de sa famille à éviter d'utiliser des programmes fédéraux par peur de ne pas pouvoir régulariser son statut ou obtenir la résidence permanente. Cette proportion augmente chez les personnes à faible revenu : « Among adults in low-income families earning less than 200 percent of the federal poverty level, this rate was one in five (20.7 percent). » (Beirnsstein et al. 2018). L'étude dénote également que ce phénomène est deux fois plus prononcé dans les familles hispaniques (20.6%) que dans les familles non-hispaniques (8.5% chez les personnes non-hispaniques blanches; 6% chez les personnes non-hispaniques non-blanches) (Beirnsstein et al., 2018). Une autre étude, menée par la Kaiser Family Foundation auprès des centres communautaires de santé dénote une baisse significative des applications ou des demandes de renouvellement de Medicaid parmi les patient.e.s immigrant.e.s; une peur de donner des informations personnelles; et, dans environ 50% des centres interviewés,

une diminution de l'utilisation des services, particulièrement chez les femmes enceintes (Tolbert et al., 2019).

Ensuite, sur le plan économique, l'accès aux soins de santé est influencé par la couverture par une assurance – qu'elle soit privée ou publique. Selon une analyse de Dawson et Sonfield mobilisant les données du Guttmacher Institute, 32% des femmes non-citoyennes âgées entre 15 et 44 ans n'ont pas d'assurance santé, soit trois fois plus que les citoyennes étasuniennes (10%) et les citoyennes naturalisées (11%). Le pourcentage grimpe à 46% chez les femmes non-citoyennes à faible revenu (comparativement à 17% chez les citoyennes et 19% chez les citoyennes naturalisées) (Dawson et Sonfield, 2020 :20). L'absence d'une assurance demeure l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins de santé reproductive, notamment la contraception. Les femmes immigrantes non citoyennes sont plus à risque d'avoir un accès limité aux soins de santé reproductive, car elles n'ont souvent pas d'assurance santé : « Only half of immigrant women at risk of unintended pregnancy have received contraceptive care in the previous year, compared with two-thirds of U.S.-born women. And research suggests that immigrant women are less likely to receive other preventive services, such as Pap tests, hepatitis B vaccinations and mammograms. » (Dawson et Sonfield, 2020 :20). De plus, pour plusieurs, Medicaid ne couvre que la portion urgente de l'accouchement. Pour celles qui n'ont pas les moyens financiers, les soins prénataux et postnataux sont inaccessibles.

#### 4.1.2 Accéder aux soins en tant que non citoyenne : entre obstacles concrets et craintes perçues

Ces dynamiques politiques et économiques influencent directement l'accès et la perception d'accès aux soins de santé, notamment de santé reproductive, aux États-Unis, mais les impacts de ces lois varient selon le statut migratoire. Tel qu'illustré, les personnes citoyennes ont plus facilement accès à une assurance santé que les personnes non citoyennes, et la politique de charge publique ne s'applique pas à leur situation. Conséquemment, détenir la citoyenneté étasunienne est perçu comme facilitant l'accès, ou à tout le moins comme n'ajoutant pas un obstacle supplémentaire. La quasi-totalité des participantes à notre étude ayant un statut migratoire légal ont souligné la chance

ou le privilège de détenir ce statut et l'impact que cela a sur leur perception d'accès aux soins de santé reproductive, que ce soit près de chez elle ou dans une perspective de mobilité :

I would say that a woman with citizenship is not gonna be as vulnerable as someone that is undocumented right (Lucidia, 27 ans, Texas)

and so as a citizen, I'm super privileged because I can just cross the border and go to Juarez but as immigrants they can't even cross like the county line sometimes right so yeah, (Paula, 38 ans, Texas)

I think so, because I think me being here as you know legal in this country eh, as now a US citizen you know (...) we have insurance, I go to my doctor, I could probably ask him anything that I want and it would happen but I do know that most of the people, or a lot of the immigrants do not have that service. (Carmen, 51 ans, Texas)

À l'inverse, pour les femmes qui ne détiennent pas la citoyenneté, ou qui connaissent des femmes – soit dans leur famille ou leur entourage – qui ont un statut migratoire précaire, la relation immigration-accès aux soins de santé prédomine, notamment la question de la charge publique. Dans le cadre nos entretiens, les participantes n'étaient pas orientées vers cette question spécifique afin de ne pas influencer leur réponse. Toutefois, certaines participantes ont directement ou indirectement abordé la question de la charge publique, à la fois pour elles-mêmes et les autres, tel que présenté par le témoignage de Claudia qui réside en Californie :

Me fue difícil, en ese momento sólo contaba con visa de Turista y mi esposo es Ciudadano Americano no queríamos recurrir a los servicios públicos ya que sabíamos que en algún momento necesitaría solicitar mi residencia y no quería tener record de carga publica, después de mucho batallar me aceptaron en el seguro médico que el pagaba por su trabajo. [C'était difficile pour moi, à ce moment, je n'avais qu'un visa de touriste et mon mari est un citoyen américain, nous ne voulions pas utiliser les services publics car nous savions qu'à un moment je devrais demander la résidence et je ne voulais pas avoir un dossier de charges publiques, après beaucoup de lutte j'ai été acceptée pour l'assurance maladie qu'il payait pour son travail.] (Claudia, 32 ans, Californie)

Pienso que si, ya que si en algún momento ella quisiera legalizar su estatus migratorio tal vez podría afectar si recurre a los servicios públicos de Salud. [Je

pense que oui, car si, à un moment donné, elle voudrait légaliser son statut d'immigrée, cela pourrait avoir une incidence si elle a utilisé des services de santé publique.] (Claudia, 32 ans, Californie)

Lorsqu'il est question de santé reproductive, ces incertitudes – voire ces peurs – sont différentes en raison du statut particulier de l'accès à l'avortement dans certains États. Bien qu'étant un soin de santé reproductive, l'avortement est encadré, tel qu'explicité précédemment, par une multitude de lois, restrictives dans les États conservateurs et permissives dans les États progressistes. Or, si cette courtepoinTE législative et légale a des implications géographiques, elle prend de nouvelles dimensions lorsqu'analysée à travers la lentille du statut migratoire. La complexité des lois en matière d'avortement crée des incertitudes quant à l'état du droit dans l'État de résidence. Certaines femmes sont incertaines du niveau de légalité de la procédure :

I would definitely say that it impacts access here in the state of Texas it is very republican-led and they are trying to constantly outlaw abortion and going against Roe v. Wade, trying to overturn it and here it just adds another layer of trying to figure out what is considered legal termination of pregnancy and what is not. So with that entire legal thing I would understand why here many immigrants who are looking to terminate their pregnancy do not feel safe seeking that out because they would...it's very difficult to navigate that and determining whether what you're doing is considered breaking the law and is an offense that could get you here deported is really difficult. (Rosa, 21 ans, Texas)

Si cette incertitude peut affecter la perception d'accès des femmes indépendamment de leur statut migratoire, pour les femmes à statut précaire, l'incertitude de la légalité peut être un obstacle insurmontable dans l'accès à la procédure, puisque leur statut migratoire pourrait être en jeu, le fait de commettre un geste illégal pouvant être un motif de révocation des différents statuts temporaires, comme un visa ou DACA. Cette problématique est illustrée par une participante, détentrice d'un visa de travail :

Definitely, I think (long pause) status can really determine how confident you are in your decision and how confident you are in telling someone else about your decision and then also executing it here I would say that a woman with citizenship

is not gonna be as vulnerable as someone that is undocumented right so that fear of if I go to a clinic I'm risking deportation that can be really tricky and then people in the middle for example DACA, visa holders, I have a work visa, you still have that fear because if you commit something illegal and if you don't know that that's illegal you can also get deported so I think there's like high level of vulnerability, middle and low right so I think definitely immigration status changes everything. (Lucidia, 27 ans, Texas)

L'idée de confiance mobilisée par la participante est particulièrement intéressante afin d'aborder la relation entre accès aux soins et statut migratoire. D'abord, tel que souligné par Lucidia, la question de la confiance en soi, en sa décision et en son entourage est cruciale dans l'équation. Ensuite, il y a la question de la confiance envers le système : le/la médecin, la clinique, le gouvernement de l'État et celui fédéral. Les expériences passées – d'accès ou non aux soins, ainsi que le traitement reçu – peuvent influencer la confiance d'une patiente envers une clinique. Le statut migratoire précaire ajoute à la vulnérabilité déjà existante liée aux soins de santé reproductive et le niveau de confiance peut avoir un impact direct sur la décision d'accéder aux soins. Ensuite, la confiance en sa capacité d'accéder aux soins peut être influencée par les politiques étatiques et les discours dominants, ou alternatifs mais très partagés en ligne (fausses nouvelles). Ceux-ci influencent la perception de l'accès et alimentent des peurs liées tant aux soins reproductifs (par exemple, est-ce légal) qu'au statut migratoire (commettre un geste illégal; charge publique).

L'autre aspect influençant l'accès des personnes ayant un statut migratoire précaire est la capacité à souscrire à une assurance et les coûts liés aux soins. Tel qu'illustré précédemment, les personnes à statut migratoire précaire sont moins à même de détenir une assurance santé. Indépendamment de leur statut socio-économique, les personnes non documentées et les détenteur.ice.s d'un statut DACA ne peuvent pas souscrire à Medicaid ni obtenir une assurance via le marché créé par le *Affordable Care Act*, alors que les résidents permanents et autres immigrants « légaux » doivent répondre à des critères spécifiques, notamment temporels, pour pouvoir bénéficier de ces programmes d'assurance. D'autre part, certaines personnes ayant les moyens financiers de le faire souscrivent à une assurance privée. Or, la pluralité d'assureurs, de plans d'assurance et d'ententes spécifiques avec certains centres de soins (par exemple, certains plans d'assurance ne couvrent que les soins obtenus dans l'État de résidence ou auprès de centres prédéterminés) rendent l'accès aux soins complexes et incertains :

Yo creo que, en parte si. De los que llegan recién en conocer el sistema médico, como funciona, toma tiempo, eh pero de más, los procesos que, que incurrió no acceder al servicio a, a asegurando de que todos servicios están cubiertos por seguro médico, que no te va a incurrir un, un gasto que no está cubierto, no sabes como navegar y te llegó un bill, es una preocupación muy grande que tenemos los inmigrantes no, que, que este servicio no me cubrió el seguro como me va a llegar un bill de tantos miles, entonces ese es una preocupación como antes de acceder a los servicios. [Je pense que, en partie, oui. Pour ceux qui sont arrivés récemment, connaître le système médical, son fonctionnement, il faut du temps, euh, mais en plus, les processus que, que, qu'il faut engager, non, pour accéder au service pour, pour s'assurer que tous les services sont couverts par l'assurance maladie, que vous n'allez pas engager une, une dépense qui n'est pas couverte, tu ne sais pas comment naviguer et tu reçois une facture, c'est une très grande inquiétude que nous, les immigrants, non, que, que ce service n'est pas couvert par l'assurance, si je vais recevoir une facture de tant de milliers, donc c'est une inquiétude comme avant d'accéder aux services.] (Alba, 36 ans, New York)

Au niveau des soins de santé reproductive, cela peut se manifester par une absence d'utilisation de la couverture d'assurance. En effet, une infime partie des avortements sont payés par des assurances privées : en 2008, 12% des avortements ont été payés par une assurance privée, le deux tiers des patientes ayant une couverture d'assurance privée ne l'ayant pas utilisée (Jones et al., 2013). Cela peut notamment s'expliquer par une méconnaissance des services couverts (Cockrill et Weitz, 2010). Une étude menée par Rachel Jones, Ushma Upadhyay et Tracy Weitz démontre que si une minorité des participantes n'avait pas d'assurance (36%), une majorité – 69% – avait payé un avortement de sa poche (Jones et al., 2013 : e177). Parmi celles ayant une assurance privée, mais ne l'ayant pas utilisée, 46% mentionnent que leur assurance ne couvre pas la procédure :

A follow-up question revealed that many of these women had been told by the facility or by the insurance company that abortion was not covered, but 36% indicated they just assumed it was not (not shown). Somewhat related, the second most common reason for not using insurance was lack of knowledge as to whether the procedure was covered by the plan (29%). Slightly more than 1 in 10 abortion patients indicated that they did not want to use their insurance or that the facility did not accept their insurance. (Jones et al., 2013 : e177)

Un autre obstacle réside dans la méconnaissance des étapes pour l'obtention de certains moyens de contraception disponibles sans prescriptions dans certains pays d'Amérique latine :

yo he trabajado en ese sistema entonces tengo conocimiento no que si necesito eh un doctor, que si necesito ver un especialista, por ejemplo un ginecologo, yo sé que, cual es el, el proceso no, de ver un doctor primario, consigo referido y todo. Pero por una persona que no, que no tiene aceso, a vez que no tiene conocimiento a veces no sabe como hacer no, y a veces de los seguros medicos ponen muchas trabas. Entonces la situacion con el seguro medico tambien a veces influye mucho en como uno puedo acceder as facilmente a los servicios, mas, de manera mas rapida no. [J'ai travaillé dans ce système, donc j'ai la connaissance, non, que si j'ai besoin eh d'un docteur, que si j'ai besoin de voir un spécialiste, par exemple un gynécologue, je sais que, quel est le, le processus, non, pour voir un médecin de soins primaires, j'obtiens une référence et tout. Mais pour une personne qui n'a, qui n'a pas accès, parfois n'a pas les connaissances parfois ne sait pas comment le faire, non, et parfois les assurances maladies mettent beaucoup d'obstacles. Ainsi, la situation de l'assurance maladie influence aussi parfois beaucoup la manière dont une personne peut avoir accès aux services plus facilement, plus, plus rapidement, non.] (Alba, 36 ans, New York)

L'accès aux soins de santé est donc intrinsèquement lié au statut migratoire qui influence la perception de l'accès. La multiplication des discours restrictifs couplée à la médiatisation de cas de personnes à statut précaire ayant été appréhendées dans des hôpitaux alimente une auto-restriction de l'accès aux soins de santé. La perception d'un accès moindre ne découle ainsi pas d'une croyance que les cliniques vont refuser d'offrir les soins, mais plutôt d'une retenue de la part des patientes, un phénomène d'autant plus perceptible chez les femmes non documentées.

#### 4.1.3 La génération d'immigration, un facteur dans l'accès aux soins de santé reproductive ?

Outre le statut migratoire, un autre élément lié à la question migratoire peut influencer la perception d'accès ou la relation entre une personne et les soins de santé reproductive, à savoir la génération d'immigration. Dans le cadre du questionnaire, les participantes ont été invitées à identifier leur génération d'immigration, soit première (la personne est née hors des États-Unis et y a ensuite migré); deuxième (la personne est née aux États-Unis, mais ses parents sont nés hors des États-

Unis et y ont migré); troisième (la personne est née aux États-Unis, mais au moins un de ses grands-parents est né hors des États-Unis et y a migré); ou plus de troisième génération.

Tant au niveau du sondage qu'au niveau des entretiens semi-dirigés, les immigrantes de première génération étaient plus nombreuses, alors que les immigrantes de plus de troisième génération étaient les moins nombreuses. Par contre, des distinctions entre les États sont observables : les participantes de Californie sont majoritairement des immigrantes de première génération, alors qu'en Pennsylvanie et au Texas, les deuxième et troisième générations sont plus prédominantes. Dans l'État de New York, il y a une représentation équilibrée (voir Tableau 4.1).

**Tableau 4.1 Génération d'immigration des participantes au sondage et aux entretiens semi-dirigés**

	Total (%)	CA	NY	PA	TX
<b>Participantes ayant complété le questionnaire</b>					
<b>Génération d'immigration</b>					
Première	31.7	59.3	37.5	20	13.5
Deuxième	26.8	11.1	25	30	37.8
Troisième	19.5	3.7	12.5	40	27
Plus de troisième	12.2	7.4	12.5	10	16.2
Sans réponse	9.8	18.5	12.5		5.4
<b>Participantes à l'entretien semi-dirigé</b>					
<b>Génération d'immigration</b>					
Première	44	100	50		20
Deuxième	28		25	75	30
Troisième	12			25	20
Plus de troisième	16		25		30

Outre la question portant spécifiquement sur cet aspect dans la portion démographique du questionnaire, les participantes n'ont pas été invitées à répondre à des questions différentes quant à leur génération d'immigration et l'accès à l'avortement. Plutôt, leurs réponses aux autres questions ont été analysées à travers le prisme de la génération d'immigration. Dans le cadre des entretiens, une participante de New York a soulevé la question générationnelle tant dans une perspective d'âge que de génération d'immigration :

Ahora como que es normalizando un poco mas en la juventud no que si, que si, que, que es tu cuerpo, que es tu decision pero eso tu no lo puede decir a una persona que crecio el mayor parte de su vida en su pais y, y que una persona que te, te, te venga a pedir ayuda por ejemplo no te pide consejo, te se mira yo estoy atravezado por eso, quiero acceder a esto entonces es, es el tema tabu, el temor, el temor al si es que hay un estatu migratorio no legal, no el temor a, a como puede acceder el, el aspecto economico no, tengo, tengo un trabajo pero tengo mis hijos que no pagan una renta entonces bueno o, o, o, o, o acepto o inicio un sistema de, de salud reproductiva para no embarazame pero eso me implica no tener dinero para, para el childcare de mis hijos pues asi. [Maintenant c'est en train de se normaliser un peu plus chez les jeunes, non, que si, que, que, que c'est ton corps, que c'est ta décision, mais ça tu ne peux pas le dire à une personne qui a grandi la plupart de sa vie dans son pays et, et qu'une personne qui vient te demander de l'aide par exemple, non, qui te demande conseil, tu sais, regarde, je suis passée à travers de ça, je veux accéder à ceci alors, c'est, c'est tabou, la peur, la peur si tu as un statut migratoire non légal, non, la peur de, de comment accéder au, à l'aspect économique non, j'ai, j'ai un travail mais j'ai mes enfants qui ne paient pas de loyer alors bon, ou, ou, ou, ou, ou j'accepte ou je commence un système de, de santé reproductive pour ne pas tomber enceinte mais ça implique de ne pas avoir d'argent pour, pour la garde de mes enfants donc comme ça.] (Alba, 36 ans, New York)

Or, contrairement à la perception de la participante, et l'idée préconçue selon laquelle les immigrantes de première génération sont plus conservatrices en raison de leurs valeurs conservatrices sur les enjeux reproductifs associés aux pays latino-américains, l'analyse des résultats ne confirme pas un écart générationnel notable entre les différentes générations d'immigration (voir Tableau 4.2). En effet, si en proportion, les répondantes de première génération sont moins nombreuses à dire que l'avortement est un droit devant être accessible sous toutes les circonstances, elles sont légèrement moins nombreuses à considérer l'avortement comme un droit (88% considèrent l'avortement comme étant un droit, comparativement à plus de 90% chez les autres répondantes). On observe ainsi une certaine libéralisation des idées entre les générations d'immigration, ce qui peut faciliter l'accès ou influencer la perception d'accès, tel que souligné par une participante :

Absolutely, absolutely and now that you mention it you know my friends are second generation hum so I guess ya second gen whereas I'm, I'm third so I think you know it's definitely a lot more tougher for them as well. The more removed

you are, hum the, I guess, the more liberal hum their thought-process on abortion and or sexual health in general (Camila, 23 ans, Texas)

**Tableau 4.2 Position sur l’avortement selon la génération d’immigration**

	1 <sup>re</sup> génération	2 <sup>e</sup> génération	3 <sup>e</sup> génération	Plus de 3 <sup>e</sup>
L’avortement est un droit	23	21	15	9
L’avortement est moralement incorrect	3	1	1	1
Devrait être légal dans toutes les circonstances	17	19	13	7
Devrait être légal dans la majorité des circonstances	6	1	2	2
Devrait être légal dans certaines circonstances	2	2	1	1
L’avortement devrait être illégal	1			

La génération d’immigration peut ainsi avoir une influence – légère dans le cas des participantes au sondage – sur la perception du droit à l’avortement sur le plan moral et sur l’appui politique. De plus, concrètement, la génération d’immigration peut également, comme le statut migratoire, influencer la perception des femmes quant à leur droit à accéder au service. Chez certaines populations migrantes, il y a une perception d’être redevable envers l’État les ayant accueillies et conséquemment, qu’ils ne doivent pas s’attendre à plus et doivent être reconnaissant.e.s (Iqbal et al., 2021). Par exemple, de nombreuses femmes immigrantes vont associer la libéralisation des rôles de genre dans leur foyer à leur migration vers les États-Unis : « female respondents argued that living in the United States had helped them “modernize” their gender relationships. A full 84 percent said they felt liberated in the United States » (Andrews, 2018: 74). Cela peut se transposer, notamment, en une réticence à critiquer les services offerts, leur disponibilité et leur accessibilité :

but the interesting thing too is that the children of immigrants have similar patterns and so I thought that this was really interesting because I'm a child of immigrant parents and explains like why I kind of had to fight (laughs) and advocate for my own medical treatment the last 15 years but most people don't and so I think that like those cultural (pause) I don't know like submissive ways of, of accepting like what is presented to you hum also get passed on (pause) through these immigrant communities and populations which sucks because it also contributes to like lack of resources right (...) it goes back to the same thing like I'm an immigrant, I don't have rights here and I'm afraid so I'm not even touch it. (Paula, 38 ans, Texas)

Par exemple, dans le cadre des entretiens semi-dirigés, les participantes de première génération étaient moins nombreuses à offrir des critiques ou à identifier des limitations ou obstacles à l'accès aux soins de santé reproductive, en opposition aux participantes de deuxième génération ou plus.

La génération d'immigration à elle seule n'explique pas la perception d'accès ou les expériences d'accès à l'avortement, mais peut avoir une incidence sur la position idéologique et morale de la personne, ainsi que sur sa perception de ce qui est entendu par des soins accessibles.

#### 4.2 Accéder aux soins de santé reproductive en étant non documentée : Entre peur et résilience

La précarité de statut migratoire influence l'accès aux soins de santé reproductive tant par le biais de facteurs externes – les politiques, les réalités socio-économiques – que de facteurs internes – la retenue d'accès aux soins en raison de craintes, fondées ou perçues. Or, toute précarité de statut n'est pas équivalente quant aux risques et obstacles associés à l'accès aux soins de santé reproductive. En effet, un statut de non documentation entraîne des obstacles financiers, logistiques, légaux, de mobilité et psychologique qui sont différents des réalités des personnes ayant un statut précaire, mais légal : « Not only do undocumented migrants lack rights; they also face the everyday violence of policing and the threat of deportation » (Andrews, 2018: 6). Selon le positionnement géographique et le milieu de vie des femmes (surtout lorsqu'elles sont à risque d'une détention migratoire), l'accès à l'avortement varie.

#### 4.2.1 Statut migratoire et positionnement géographique : Les contrôles migratoires et l'accès aux cliniques

D'un point de vue géographique, on observe une certaine transposition des divisions conservatisme/progressisme sur la question de l'avortement aux réalités des droits des personnes migrantes, où les États plus progressistes sont plus susceptibles d'adopter des politiques visant à assurer certains droits à tous indépendamment du statut migratoire. À l'inverse, les États – et même les villes – conservateurs sont plus susceptibles d'adopter des lois restreignant les droits ou transformant des espaces en lieux de contrôle du statut migratoire : « Across the United States police, service providers and city lawmakers have used personal discretion and local ordinances to reshape federal immigration control » (Andrews, 2018: 61-62). C'est notamment le cas du Texas, où des individus – dont des enfants – ont été arrêtés à l'hôpital (Bissonnette, 2022) et où depuis 2005, le personnel de la santé est autorisé à prendre les empreintes digitales de toute personne se présentant pour obtenir des soins d'urgence et qui n'est pas en mesure de présenter ses papiers d'identité à son arrivée (HB805, 2005). En effet, bien que l'immigration demeure une prérogative fédérale, les États peuvent limiter ou élargir l'accès aux soins de santé des personnes à statut précaire ou non documenté, cela relevant de leur compétence en santé (Chin et Miller, 2014; *Plyer v. Doe*, 1982; *De Canas v. Bica*, 1976; Pham et Hoang Van, 2012). Depuis 2007, on observe un activisme étatique accru dans ce domaine : en l'espace d'un an le nombre de projets de loi touchant aux questions migratoires et introduits au sein des législatures d'État a triplé, atteignant quelque 1500 propositions (Stumpf, 2008 : 1559-1560).

Les discours anti-immigration sous l'administration Trump ont également contribué à une exacerbation des craintes et une légitimation des actions restrictives envers les communautés immigrantes. Parallèlement, sur les questions de droits reproductifs, la nomination par Donald Trump de trois juges conservateurs à la Cour suprême (Neil Gorsuch, Brett Kavanaugh et Amy Coney Barrett) a donné un nouveau souffle au mouvement anti-choix (Roubein, 2022). Les États conservateurs ont connu un important activisme législatif et proposé une multitude de lois anti-choix (Nash, 2021). Plusieurs de ces propositions visaient notamment à criminaliser l'avortement au-delà d'une période temporelle donnée (par exemple, la loi SB8 au Texas qui criminalise l'avortement au-delà de 6 semaines); à codifier une criminalisation de la procédure advenant un renversement de *Roe v. Wade*; ou à interdire la télémédecine et l'envoi de médication par la poste

pour les avortements par médication. Conséquemment, la couverture médiatique et activiste de ces lois a mené à une représentation discursive de l'avortement comme étant « illégal » ou « pratiquement illégal ». Or, cette association entre les termes « avortement » et « illégal » a des implications différentes selon le statut migratoire. En effet, pour les personnes non documentées, toute entrave à la loi peut être synonyme de déportation :

Yes hum yes but I think abortion becomes another level of sensitivity right so because you don't know like it's not illegal to go to the doctor for some flu medication but abortion you don't really know what's legal and what's not so that's why I think with that specific situation it's even more. (Lucidia, 27 ans, Texas)

Ceci étant, une vision géographique macro ne permet pas plus que les lois encadrant l'avortement d'aborder les ramifications du discours anti-immigrant sur l'accès des femmes non documentées à l'avortement dans les États progressistes. La méfiance et la peur envers les services de santé n'est pas limitée géographiquement : les discours anti-immigration qui alimentent les peurs n'arrêtent pas aux frontières des États plus progressistes. Tant en Californie que dans l'État de New York et d'autres États progressistes, des témoignages démontrent que ces peurs sont présentes et tenaces :

Respondents in North County were also afraid to use services [...] A few years after Dulce arrived in California, she gave birth to her youngest daughter. The entire time, she admitted, she was afraid. She recalled, "When I had my daughter, they gave her Medical [state health insurance]. I think that's good, but it scared me too, because I said, 'Maybe it's a trap – or they're doing something mean to us'...I was afraid, really, really afraid" Even hospitals were uncertain grounds. Dulce never knew when she might be exposed. (Andrews, 2018: 61-62)

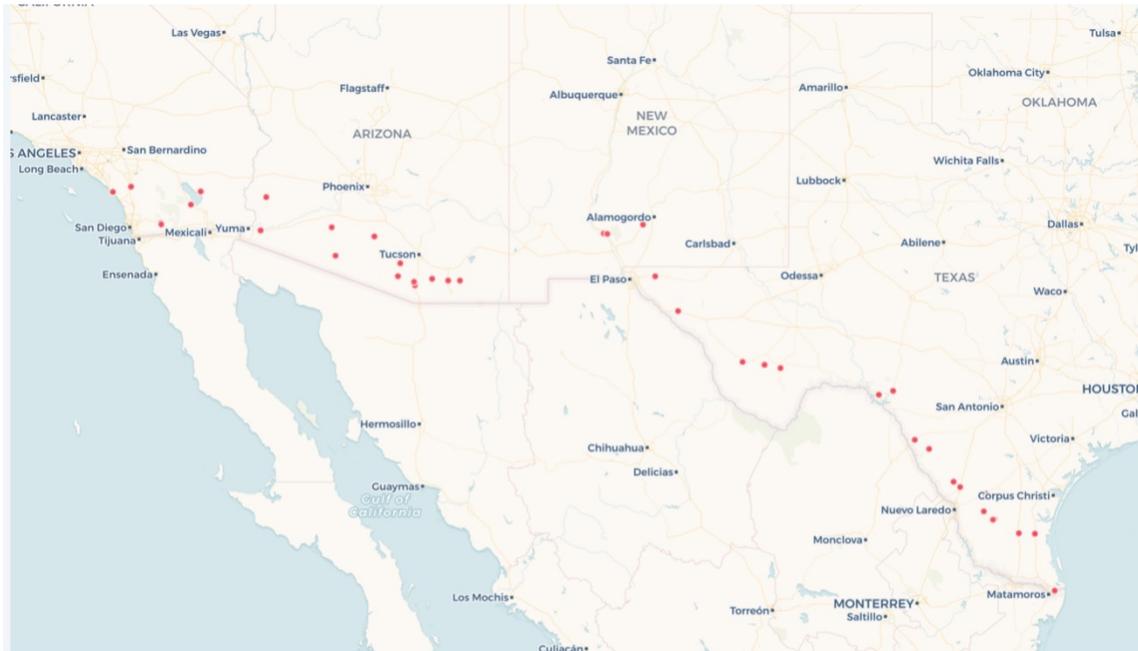
De plus, au sein même des États, et selon le positionnement géographique de l'État à la frontière sud ou nord, des différences persistent dans la perception d'accès aux services, notamment en ce qui a trait aux obstacles à la mobilité observables dans les régions frontalières. En effet, les zones frontalières des États-Unis sont marquées par les multiples contrôles migratoires et frontaliers établis à travers les années. D'abord, en 1953, le Département de la Justice a émis une directive

autorisant la suspension partielle du 4<sup>e</sup> Amendement<sup>36</sup>, afin de permettre des fouilles sans mandat dans une zone de 160 kilomètres (100 miles) des frontières internationales pour des raisons liées à la sécurité intérieure (22 FR 9808, 1953). Au moment de sa promulgation, la directive avait pour objectif de soutenir la patrouille frontalière, alors peu importante (quelques 1100 agents), et permettant l'établissement ponctuel de points de contrôle frontaliers à l'intérieur du territoire étasunien : « As immigration and security were increasingly intertwined, and following a fluctuating interest in border security to curb immigration and other flows, checkpoints have, at various times since 1953, been more or less operated as part of the US border apparatus. » (Bissonnette et Vallet, 2022 : 4). Au lendemain du 11 septembre 2001, ce lien entre sécurité intérieure et immigration s'est cristallisé dans les discours et les politiques (Ackleson, 2005; Andreas et Snyder, 2000; Gomez, 2015) et les frontières se sont épaissies, avec la poursuite de la construction du mur à la frontière sud et l'adoption de nouveaux contrôles, en collaboration avec le Canada, au nord. De plus, la directive de 1953 est revenue dans le discours et les points de contrôle temporaires à la frontière sud se sont pérennisés (voir Figure 4.1; Ritaine, 2009; Mayor, 2011; Murphy, 2021). Au nord, des enjeux sécuritaires ponctuels ont mené à l'établissement de points de contrôle temporaires au Maine et au New Hampshire (Sanchez, 2018). Ces points de contrôle ne se situent pas sur la ligne frontalière, mais constituent des espaces dont la fonction est équivalente à celle de la frontière – et où les identités sont filtrées et les mobilités contrôlées.

---

<sup>36</sup> Le 4<sup>e</sup> Amendement stipule ceci : The right of the people to be secure in their persons, houses, papers, and effects, against unreasonable searches and seizures, shall not be violated, and no Warrants shall issue, but upon probable cause, supported by Oath or affirmation, and particularly describing the place to be searched, and the persons or things to be seized.

**Figure 4.1 Les points de contrôle permanents à la frontière mexicaine-étasunienne**



Source : Cato Institute, <https://www.cato.org/checkpoint-america>.

Conséquemment, à la frontière sud, une cage est créée par la frontière internationale murée, et les points de contrôle limitent la mobilité des personnes non documentées (Bissonnette, 2022). Ces obstacles à la mobilité affectent plusieurs aspects du quotidien et de l'accès aux soins de santé, notamment l'accès à l'avortement. La géolocalisation des femmes non documentées d'une part, et des cliniques offrant l'avortement d'autre part, déterminent l'accès des femmes non documentées à la procédure dans un contexte médical (dans une clinique). Dans le cadre de nos entretiens, les participantes de Californie n'ont pas mentionné les points de contrôle comme limitation à l'accès, alors que l'enjeu a été soulevé par plusieurs participantes au Texas. Cela peut notamment s'expliquer par la prédominance des impacts de la restriction à l'accès alors que, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2021 et l'application de SB8, les Texanes sont nombreuses à devoir se déplacer hors de leur État de résidence pour accéder à l'avortement, une solution inaccessible pour les femmes non documentées qui résident au Sud d'un point de contrôle :

If you're undocumented there's, there's nothing for you to do, unless you find out you're pregnant right away and you're able to go get an appointment right away,

but other than that there's nowhere for you to go if you're within the, the border community and within a 100 miles of the border community (Lara, 39 ans, Texas)

Résider dans la zone de 160 kilomètres où il est possible de croiser un point de contrôle limite considérablement les options des femmes non documentées, rendant impossible le déplacement vers un autre État ou, dans le cas du Texas avant SB8, vers une autre ville afin d'obtenir un avortement au-delà de ce qui est offert par les cliniques de la région. C'est ce qu'illustre ces témoignages de participantes résidant dans la zone frontalière du Texas :

There's the checkpoints right so if you are undocumented and there is a large undocumented hum population all along the Texas border, hum there's internal checkpoints hum up to a 100 miles north of the US-Mexico border so, and then again Whole Woman's Health only provides, or at least it did until September 1st, only provided abortions up until 17 weeks, so if you're pass 17 weeks you have to travel outside of the Valley, or outside of the border region and if you're undocumented you, you cannot travel without having to put yourself in hum in some sort of risk hum trying to pass those hum internal checkpoints (Lara, 39 ans, Texas)

The other thing to is like if you don't find options here, if you're an immigrant you're stuck here because El Paso is surrounded by borders and so throughout like the whole Texas and Cailifornia border like there are other communities that are as bad as El Paso and that the resources for medical treatment are just as scarce and so as a citizen, I'm super privileged because I can just cross the border and go to Juarez but as immigrants they can't even cross like the county line sometimes right so yeah, you're preaching to the chore, it's probably one of the reason why you're doing this research but it's extremely frustrating to see like New Mexico is really different. (Paula, 38 ans, Texas)

Hum, yes definitely, especially now in Texas, where if you're pass six weeks, hum, you're gonna have to leave the state to get an abortion and so say you're immigration status is you're undocumented and I know in places like El Paso hum when you leave you sometimes hit a border patrol checkpoint just like within the state itself you know not even crossing the border it's just a checkpoint so you know if you're undocumented or have hum you know an expired green card or anything like that and you try to leave the state to access an abortion hum I think you can run across some difficulties just because all the border patrol checkpoints, yeah. (Adriana, 23 ans, Texas)

L'envers des points de contrôle, la ligne frontalière, est également infranchissable sans courir le risque de ne plus pouvoir retraverser, limitant également les options au niveau des avortements clandestins ou maison :

Oh yeah, so definitely we don't have equal access to care hum especially for those who are undocumented and (pause) can't access the services that are much more available across the border or maybe now that they have to travel across other border so, to New Mexico or whatever, they might be able to well they will probably have transportation and other like legal problems that they'll have to face plus right after getting the abortion they'll probably have a hard time like hum you know getting back to their health and whatnot (Selina, 23 ans, Pennsylvanie)

Absolutely, yeah basically. And it depends also hum what community you're in right. If you have, if you're undocumented and you're north of the checkpoints, traveling may be a little bit easier because you don't have to, to go through those checkpoints, but if you are undocumented and you are hum (pause) between the border and those checkpoints there is no travel options for you right (Lara, 39 ans, Texas)

Ainsi, question géographique et statut migratoire s'imbriquent et créent des réalités spécifiques et différenciées selon la précarité du statut et les documents d'identité détenus par les femmes désirant accéder à l'avortement.

#### 4.2.2 Soins de santé reproductive chez les migrantes non documentées

Au-delà de la question géographique, les impacts du statut de non documentation peuvent également se manifester différemment selon la situation individuelle. En effet, si la personne réside depuis un moment ou est nouvellement arrivée aux États-Unis, sa perception d'accessibilité variera. En effet, indépendamment du lieu de résidence, les obstacles créés par un statut de non documentation peuvent être amoindris par le biais d'un réseau d'aide de confiance ou une connaissance des organismes offrant les services désirés sans poser trop de questions sensibles :

Hum from (silence) close people that I know they have been able to access it and one of the providers that hum comes up a lot is Planned Parenthood hum so they

usually, Planned Parenthood just provide like hum (silence) you know provide this, provide services for undocumented hum so I think they've been able to access it if, if that's needed. (Celestina, 26 ans, Californie)

Pour les femmes qui sont nouvellement résidentes, se familiariser avec un nouveau système de santé peut être complexe et le réseau d'aide est souvent limité. La plupart des organismes d'aide aux personnes migrantes étant gérés par des organismes religieux, plusieurs n'offrent ni services ni informations sur l'accès à l'avortement, voire à la contraception. De plus, la santé peut devenir une considération secondaire, contrairement au travail, au logement et au soin des enfants. Au-delà de l'accès physique et économique se profile également l'accès temporel, qui se manifeste à la fois par la capacité à prendre congé pour aller à un rendez-vous et le temps requis pour trouver un centre de santé accessible et offrant l'avortement :

you just a lot of the times don't have the time to go out and figure out these resources and see like what's available to you. Cause lot of the times they are (pause) independent of whether you're a citizen or not, it's just there's a lot of resources that just will be available to anyone but knowing that that's something that exists and being able to find it I think it becomes very difficult depending on your immigration status, but again more so because of other reasons that are related to immigration status, but not a direct causation. (Savina, 27 ans, Californie)

Cela est d'autant plus un défi pour les personnes résidant hors des centres urbains ou dans des États comme le Texas et la Pennsylvanie, qui exigent deux rendez-vous, ou dans les États conservateurs qui interdisent l'émission de permis de conduire aux migrant.e.s non documenté.e.s, réduisant leur mobilité et ajoutant un obstacle logistique ou un risque si elles décident de conduire sans permis de conduire :

I absolutely think that hum immigration status can impact their access by reducing their access hum I know, especially the, where I come from there are a lot of hum undocumented people and (silence) they have a fear of just going out in general so going to a doctor (silence) is, is like, or any kind of you know reproductive health hum place is, is kind of scary (...) also just access in general like if families

don't have vehicles or they only have one vehicle that they share but one's at work or you know like just different methods of going can be hard (Ava, 21 ans, Texas)

Dans un cas étudié par Cohen et Joffe (2020), la patiente n'avait également pas accès à un véhicule, et ne pouvait pas compter sur un réseau d'aide, inexistant en raison de son arrivée récente aux États-Unis. Si pour certaines les transports publics peuvent diminuer les obstacles de mobilité, dans le cas présenté par les auteurs, le trajet entre son domicile et la clinique ne pouvait s'effectuer par le biais du réseau de transports en commun.

Indépendamment du temps de résidence sur le territoire des États-Unis, les femmes non documentées ont souvent peur de transmettre des informations personnelles. Le système de santé est souvent – à tort ou à raison – associé au gouvernement. Conséquemment, il y a une réticence, et même une peur, à utiliser ces services et cela entraîne des conséquences négatives pour la personne ou sa famille :

si yo vi varios casos de personas que pues estaban sin seguras y tal vez tardaban tiempo en ir a ver un medico y no tenia cuidado prenatal necesario por, por temor a que eso tuviera alguna consecuencia, no, para ellas, para su familia [oui, j'ai vu plusieurs cas de personnes qui bon n'étaient pas assurées et qui parfois mettaient peut-être beaucoup de temps à aller voir un médecin et qui n'avaient pas les soins prénataux nécessaires, de, de peur que cela ait des conséquences, non, pour elles, pour leur famille.] (Paloma, 55 ans, Californie)

Cette réticence peut avoir un impact sur le soutien financier disponible, certaines femmes décidant de ne pas appliquer pour des programmes pour lesquels elles pourraient se qualifier afin de minimiser les risques de détection et de déportation :

“a lot of our undocumented patients would rather pay the full cost of an abortion than get screened [for eligibility for help]”. The patients are afraid that the screening process will result in immigration officials being alerted so they often wind up piecing together the money from whatever source they can. “We know this is an issue,” Van said, “but you can't force somebody to be screened for assistance” (Cohen et Joffe, 2020: 106)

Dès lors, la multiplication des lois et discours anti-immigration couplée à la médiatisation des arrestations dans ces lieux autrefois considérés comme sécuritaires dont faisaient partie les hôpitaux, a affecté la confiance des populations non documentées envers le système :

So yeah I, I grew up in hum San Ysidro which is like literally minutes away from the border hum so I do feel that of course I, I grew up with a pretty huge immigrant community as well so just knowing people and, and having that access to, to these hum (silence) hum medical providers or organizations *it was a little difficult hum to be able to trust.* (Celestina, 26 ans, Californie; notre emphase)

Though Salomé gave birth to two additional children in the United States, she admitted, “I’ve only seen a doctor twice in my life; *I’m too scared*” » (Andrews, 2018: 84; notre emphase)

Conséquemment, les femmes non documentées peuvent se priver de certains soins, omettre des suivis afin de ne pas retourner au même endroit ou éviter certains centres de santé s’il y a une perception que plusieurs informations personnelles seront demandées. Ces témoignages de trois participantes l’illustrent :

I imagine that so much of that insecurity about being prepared for hum the kind of questions that who knows the healthcare provider is going to ask hum would definitely lead to hesitancy for getting proper medical care hum or even going to the same doctor twice, for example, hum, which would lead to a more consistent view of your own health hum but something like that can be questionable, or just be relegated to hum you know local pop-up clinic events as that very much says we will not take your paperwork, we will not take your whatever. And those don’t happen at regular occurrence, those are you know, for special occasions or holidays or you know a once-off thing so I absolutely imagine that your status of documentation in Pennsylvania would affect hum the level of healthcare that you’re getting. (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

Definitely I think so because hum people are also just scared to provide any information, especially on legal status hum I think a lot of people just think that they cannot go to any medical provider or hum hospital because then hum you know someone can go and get them or due to their status so yeah I think that’s

one of the fears that, especially here in California (silence) or everywhere actually, now that I think about it yeah. (Celestina, 26 ans, Californie)

Este no si mucho, este si bueno porque eh tengo conocidas este que no tienen papeles o estan aqui pues esten sin papeles entonces no han, por esta razon, pues no han tenido acceso a todo los, los programas sociales que a, a otras personas con papeles les daria. Por miedo, por mieda de que los detectan migración. [Pas tellement, mais, bon parce que j'ai eh des connaissances qui n'ont pas de papiers ou qui sont ici bon ils sont sans papiers, donc ils n'ont pas, pour cette raison, bon ils n'ont pas eu accès à tous les, aux programmes sociaux auxquels d'autres personnes avec des papiers auraient eu accès. Par peur, par peur d'être repérés par la migration [les agents migratoires].] (Guadalupe, 35 ans, Californie)

Lorsque questionnées sur les services reçus et l'attitude des professionnel.le.s de la santé, les participantes mentionnent majoritairement qu'elles ne perçoivent pas un refus de les servir de la part des cliniques de santé reproductive, mais plutôt que le contexte dans lequel s'inscrit la prestation de ces soins ou la recherche de ceux-ci rendent les femmes non documentées plus craintives, moins informées :

Yes, hum I don't think it does directly, like I don't think the clinics deny you service, but I do think like hum the immigrant community is more eh afraid to reach out and try to get you know professional services. So I think that...I think that the main problem is not really with the clinics, but with the public being less informed. (Marcela, 28 ans, Californie)

Par contre, l'absence d'un lien de confiance avec le milieu de la santé rend l'accès aux soins de santé reproductive précaire, car les femmes n'ont alors pas nécessairement accès à des suivis réguliers, que ce soit pour des raisons financières ou de perception d'accès aux soins. La règle de charge publique (« public charge rule ») a poussé plusieurs migrant.e.s non documenté.e.s à renoncer à accéder aux programmes auxquels ils et elles sont admissibles, notamment les soins prénataux (Dickerson, 2020). De plus, plusieurs ont peur de se rendre dans un hôpital dans la zone frontalière en raison de la possibilité d'être arrêtées par un.e agent.e de la Border Patrol ou de ICE (Bissonnette, 2022). L'accès devient ainsi souvent lié à la question d'urgence, ce qui, au niveau de

la santé reproductive, se résume souvent à l'accouchement, tel qu'illustré par le témoignage de Paula (38 ans, Texas) qui, par le biais de son travail, a rencontré plusieurs femmes qui ont difficilement accès aux soins, ou qui n'ont pas eu accès à un médecin depuis leur dernier accouchement. Son témoignage illustre bien l'imbrication des enjeux socioéconomiques et migratoires, ainsi que la centralité de la perception d'absence d'accès chez les femmes non documentées :

Yeah 100%, I think (pause) in the whole state of Texas it's really shitty because if you don't have a social security number or an employment authorization card or are waiting a social security number through having legal status it's, it's almost impossible to get medical treatment if you're not already pregnant so if we're considering like okay what if I get pregnant or I'm feeling sick or if I do get pregnant and I wanna have an abortion like (pause) a real common response that I hear from clients even now is I am an immigrant and I don't have access to anything here and so it's a real big misconception, but it's almost not a misconception because it is that difficult to get the services. So here in El Paso I think there's a few non profit clinics that provide hum medical treatment regardless of your status but that type of service isn't hum available throughout the state especially like in rural communities which is so, so concerning hum even here like I think when people do get their foot in the door and do start to see a doctor if they need a specialist or if they're gonna consider an abortion, then that treatment might not be fully available to them and they may have to pay it out of pocket and so I think that (pause) it is like an optical illusion because yeah it is there but even the access is difficult to know about it and once you know about it to go through with whatever decision you need to do (Paula, 38 ans, Texas)

L'accès limité à l'avortement pour les femmes non documentées peut avoir un impact direct sur leur sécurité : selon la National Organization for Women, 50% des femmes non documentées vivent des situations de violence conjugale, une proportion trois fois plus élevée que la moyenne nationale (2017 :2). Si le rapport souligne au premier chef les enjeux liés à la précarité du statut migratoire, un constat est clair lorsque ces chiffres sont croisés aux analyses portant sur l'impact de l'accès à l'avortement sur les femmes victimes de violence intime : l'absence d'accès à l'avortement affecte négativement les femmes non documentées qui vivent une relation abusive. En effet, les femmes désirant interrompre une grossesse, mais incapables d'accéder à la procédure (indépendamment la raison) sont plus à risque de rester en contact avec un conjoint violent et/ou

de continuer à subir de la violence que celles ayant accès à un avortement (Roberts et al., 2014; Greene Foster, 2020).

Si l'administration Trump a accentué certaines peurs au sein des communautés non documentées, des recherches pré-datant l'élection de Donald Trump démontrent que les femmes non documentées étaient déjà plus à risque de se priver des soins prénataux (Fabi, 2019; Korinek et Smith, 2011; Dickerson, 2020). L'impact de l'absence d'accès aux soins de santé reproductive dépasse la personne en situation de non documentation, le manque de suivi prénatal se transposant en risques accrus de complications lors de l'accouchement (Reed et al. 2005), ce qui peut affecter le bébé. De plus, les facteurs de stress associés à une absence de statut légal peuvent avoir un impact sur les enfants de femmes non documentées, tel que démontré par une étude réalisée en Iowa, qui démontre que les enfants nés après un raid migratoire et d'une mère non documentée sont plus à risque de faible poids à la naissance (Novak et al., 2017).

#### 4.2.3 Les migrantes non documentées en détention : un droit précaire

Ces expériences et perceptions d'accès ne témoignent toutefois pas de l'ensemble des imbrications entre statut migratoire et accès à l'avortement. Si elles parlent et illustrent des réalités de personnes non documentées, elles se limitent aux expériences ancrées dans une relative liberté et, bien que réduite, une certaine mobilité. Or, l'accès à l'avortement des femmes non documentées peut également s'articuler dans un contexte de détention migratoire. Bien qu'aucune participante à la présente étude n'ait eu une expérience d'avortement en détention – ni mentionné avoir été en détention migratoire – il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une dynamique non négligeable que nous avons pu observer lors d'un terrain de recherche à McAllen au Texas. Il importe également de différencier deux types d'expérience distincts de l'avortement en détention : celui des adultes et celui des mineures.

Pour les femmes adultes en détention, l'accès à l'avortement est limité – comme la majorité des soins de santé et de santé reproductive – mais demeure possible. Les migrantes non documentées en détention ont le droit de demander d'interrompre volontairement une grossesse, sans intervention du gouvernement, mais elles doivent se plier aux règles en vigueur dans l'État dans

lequel se trouve le centre de détention. Ainsi, une femme détenue au Berks County Residential Center à Leesport en Pennsylvanie devra se soumettre à un premier rendez-vous de consultation, suivi d'une période d'attente de 24h avant d'obtenir la procédure. Inversement, une femme en détention en Californie sera confrontée à peu d'obstacles après l'approbation de sa demande par le centre de détention. Paradoxalement, alors que les politiques migratoires tentent de délocaliser et isoler les corps en migration, l'accès à l'avortement dans un contexte de détention lie profondément le corps au territoire et au pouvoir. Dans un monde où *Roe v. Wade* ne serait plus le précédent applicable, l'accès à l'avortement des femmes non documentées en détention demeurera une question cruciale. En effet, si l'avortement ne constitue plus un droit fédéral, chaque État redeviendra responsable de déterminer le statut légal de la procédure sur son territoire. Dans ce contexte, les femmes détenues dans des centres de détention – d'immigration ou carcéraux – gérés par le gouvernement fédéral ou des contractants privés, et situés dans un État interdisant l'accès à l'avortement, se trouveront privées de leur droit d'interrompre une grossesse, alors que celles détenues dans un État protégeant le droit à l'avortement conserveront leur droit – sauf si le Congrès légifère afin de contrer cet accès. Contrairement aux bâtiments et espaces fédéraux situés dans les États, les centres de détention ne pourraient pas offrir l'avortement aux détenues, en raison de l'Amendement Hyde. Ils ne pourraient pas non plus louer une part de leur espace à un.e professionnel.le de la santé afin d'offrir la procédure (Cohen et al. 2022; Entrevue avec David S. Cohen, 2022). De plus, même sous *Roe v. Wade*, l'accès demeure inégal et dépend des intervenant.e.s et agent.e.s d'immigration :

if you are hum in hum what's the word I'm looking, if you are detained or if you are in some sort of hum I forgot the word, but you know if you're detained by the US government in those camps then you are completely reliant on them giving you care and from recent reports they have been very horrible about providing any sort of even basic care to people who are currently detained in those camps (Lara, 39 ans, Texas)

Ainsi, malgré une situation de détention qui ajoute un obstacle administratif, les femmes adultes non documentées en détention maintiennent, sous *Roe v. Wade*, un certain niveau d'autonomie corporel et une certaine capacité de choisir de mettre un terme à une grossesse malgré une situation qui, autrement, les dépouille de leur agentivité.

Or, pour les mineures en détention, la situation est plus complexe, comme l'illustre nos observations lors d'une entrevue avec une employée de la clinique Whole Woman's Health à McAllen (Texas) :

The morning of my visit, three undocumented minors from Southwest Key Program were admitted to the clinic to access abortion. They were driven to McAllen in three different vans, underwent the procedure and were again driven back in three separate vehicles. Although in detention, they are within the 100-mile zone and so had to be driven from Brownsville to McAllen for their state-mandated counseling. Usually, the clinic gets one or two undocumented minors per month, but just on the day of my visit, they got three.

Cette observation souligne l'ancrage du corps des mineures dans le territoire, les lois texanes sur l'accès à l'avortement (consultation et période d'attente) s'appliquant à leur cas.

Bien que le *Office of Refugee Resettlement* (ORR), à qui revient la responsabilité des mineur.e.s non accompagné.e.s détenu.e.s aux États-Unis, n'a, légalement, pas de droit de regard sur la décision d'une mineure de poursuivre ou non une grossesse, sous Trump, les biais idéologiques du directeur de l'ORR, Scott Lloyd, ont influencé les directives applicables lorsqu'une mineure demande un avortement. En mars 2017, Lloyd exige que toute demande d'avortement présentée par une mineure en détention dans un centre ayant des contrats avec le gouvernement fédéral lui soit soumise avant d'être approuvée (Schwartz, 2018). Ce faisant, le directeur du ORR tente de s'approprier des pouvoirs décisionnels sur les corps des mineures non documentées que même les parents n'ont pas : celui de la décision finale sur la possibilité d'interrompre ou non une grossesse. À l'été 2017, le gouvernement fédéral émet une directive stipulant que les mineures non accompagnées n'ont pas un droit garanti à l'avortement en raison de leur statut migratoire, qui leur retire cette protection légale aux États-Unis (Sacchetti, 2017). Suite à cela, Lloyd émet à son tour une directive interdisant aux refuges et centres de détention ayant des contrats avec le gouvernement fédéral de faciliter de quelque façon l'accès à l'avortement pour les mineures non documentées : « [federally funded shelters] should not be supporting abortion services pre or

post-release; only pregnancy services and life-affirming options counseling » (*Garza v. Hargan*, 2017 :3). À la fin 2017, l'adoption de ces directives par le gouvernement a été contestée par quatre jeunes femmes, soutenues et représentées par l'American Civil Liberties Union (ACLU), afin de se prévaloir de leur droit à l'avortement malgré leur détention et leur statut migratoire (Hellmann, 2018; Sherman, 2017; Sacchetti et Marimow, 2017). Si le processus juridique a permis à ces quatre mineures d'obtenir la procédure voulue, il est impossible de déterminer combien de mineures détenues ont été privées de leur droit ou dissuadées d'accéder à l'avortement en raison des stratagèmes idéologiques des dirigeant.e.s et employé.e.s du ORR sous l'administration Trump :

We know that there are many young women that did not find their way to us, and were forced to endure the government's coercion and obstruction. In a recent deposition, Lloyd's second-in-command, Jonathan White, testified that there were four young women from mid-December to mid-February who requested access to abortion, which was unknown to us. Some of them abandoned their abortion requests, very likely after being subjected to the government's coercion tactics. (Amiri, 2018)

Dans le cadre de notre entrevue réalisée à la clinique de McAllen, l'employée a souligné que ces biais idéologique de Scott Lloyd étaient tangibles et visibles : les mineures non documentées qui éventuellement obtenaient un avortement à la clinique de Whole Woman's Health à McAllen avaient souvent d'abord été amenées, sans leur consentement, dans un « crisis pregnancy center », voisin de la clinique d'avortement, où on les encourageait à revoir leur décision et poursuivre leur grossesse. La double vulnérabilité des mineures en détention, soit leur âge et leur statut migratoire, ajoute à la complexité d'accéder à l'avortement : « “The system makes it so hard that it sometimes pushes teens out of the time where they could get an abortion” » (Cohen et Joffe, 2020: 50).

L'âge constitue ainsi un élément déterminant dans la capacité d'une migrante non documentée en détention à se prévaloir de son droit à l'avortement, une dichotomie que le gouvernement fédéral n'a pas été en mesure de justifier devant une cour fédérale de Washington D.C. lors d'un des cas portés par l'ACLU à l'automne 2017 (Schwartz, 2018).

\*\*\*

Les États se reposent de plus en plus sur les hôpitaux, le personnel de la santé et les citoyen.ne.s privé.e.s pour interpréter et appliquer les lois et statuts, et ainsi surveiller les corps des personnes enceintes – ou pouvant être enceintes (Goodwin, 2020). Ce phénomène rappelle celui des contrôles migratoires à travers ces mêmes espaces – les soins de santé – et par les mêmes acteur.rice.s – employé.e.s des services de santé (Bissonnette, 2022). Les corps migrants se trouvent ainsi doublement surveillés : au niveau migratoire et en raison de leur genre.

#### 4.3 Accéder à l'avortement malgré les tabous ? Le rôle de l'origine ethnoculturelle et de la religion dans la perception et de l'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines

Les personnes latino-américaines sont souvent perçues comme étant plus conservatrices et plus religieuses que la moyenne de la population sur les enjeux touchant la sexualité et la santé reproductive. Or, un récent sondage par du *Pew Research Center* démontre que 60% des personnes s'identifiant comme hispaniques sont en faveur d'un accès légal à l'avortement dans toutes ou la majorité des circonstances, un pourcentage comparable aux personnes blanches (59%) (Pew Research Center, 2022). De plus, tel qu'explicité précédemment, les femmes latino-américaines représentent 25% des avortements aux États-Unis. Par contre, dans le cadre de ses recherches sur les conséquences et la perception de l'avortement, Greene Foster note que les conséquences psychologiques semblent être différentes chez les femmes latino-américaines, qui sont plus sujettes à remettre en question leur décision : « Latinas who'd had abortions were less likely to express that the abortion was the right decision than non-Latinas, both a few days and a few years later. Similarly, Latinas who'd had abortions were somewhat more likely to experience negative emotions, including regrets, and also more likely to be opposed to abortion rights » (Greene Foster, 2020: 172). Dans le cadre de la présente section, nous aborderons les dynamiques culturelles et religieuses pouvant influencer la perception de et l'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines.

#### 4.3.1 Les femmes latino-américaines et l'avortement : valorisation de la famille, religion et tabous

Comme expliqué précédemment (voir Chapitre 1), la littérature sur l'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines, bien que limitée, dénote l'influence de la culture et de la religion sur la perception de l'avortement et son accès au sein de la communauté (Kaelber, 2012; Hooton, 2005; Welter, 2015). En effet, sur le plan ethnoculturel, l'expérience de la santé reproductive chez les Latino-Américaines est influencée par la place de la religion, majoritairement catholique, et par trois aspects culturels liés à la représentation familiale, soit le familismo, le machisme et le marianismo<sup>37</sup> (Kaelber, 2012 : 7).

D'abord, le concept de « familismo » réfère à la conception de la famille comme unité décisionnelle, en opposition à une vision individualiste (Peterson-Iyer, 2008). La culture latino-américaine accorde une grande importance à l'unité familiale, qui ne se limite pas à la famille immédiate ou proche (Kaelber, 2012). Le concept renvoie ainsi à une valorisation de la famille et, dans son interaction avec les valeurs religieuses, à la valorisation de la création et la croissance de la famille. Ensuite, le concept de « machismo » réfère à un certain type de comportement adopté par plusieurs dans la culture latino-américaine (Arciniega et al., 2008). Malgré l'utilisation d'un terme commun, la définition et la manifestation du machisme peut varier selon les pays d'Amérique latine (Kaelber, 2012). Conséquemment, le machismo a été défini comme étant la force masculine qui, à différents degrés, alimente le comportement masculin (Andrade, 1992) ou encore comme un ensemble de comportements, positifs et négatifs, perçus comme masculins et performés par les hommes mexicains (Arciniega et al., 2008). Nonobstant les différences de définition, la vision dominante du *machismo* revêt une connotation négative, renvoyant à une image d'hypermasculinité (Arciniega et al., 2008 ; Anders, 1993) associée à la violence sexuelle et conjugale, à la domination masculine ou encore à l'alcoolisme (Anders, 1993). Sur le plan des relations de genre, la conceptualisation du machismo dans ces termes plus négatifs souligne également une représentation de la femme comme responsable de l'éducation des enfants et au service de l'homme (Arciniega et al., 2008), ainsi que l'importance d'une famille nombreuse pour soutenir l'image d'hypermasculinité associée à une reproduction fructueuse (Kaelber, 2012). En opposition à cette

---

<sup>37</sup> Contrepartie féminine au machisme, le marianismo valorise les valeurs féminines de la pureté, la force morale et la virginité.

vision négative du machismo se trouve le Sex Role Inventory de Mirandé, qui postule que le machisme est formé de comportements positifs et négatifs, mais que les côtés positifs du machisme sont souvent omis dans les recherches et les conceptions scientifiques de celui-ci (Mirandé, 1997). Ainsi, une définition positive du machisme mise sur la protection de la famille, l'honneur, la dignité, le travail, la responsabilité et la spiritualité (Arciniega et al., 2008 ; Mirandé, 1997). En ce sens, Arciniega et al. emploient le terme « *caballerismo* » pour désigner une manifestation positive du machisme, ces comportements étant similaires à ceux associés aux cavaliers et à un code de chevalerie (Arciniega et al., 2008 : 20). Finalement, le *marianismo* est le penchant féminin du machismo. Le concept réfère à une conception de la femme comme soumise, obéissante et dévouée à sa famille (Cauce et Domenech-Rodriguez, 2002). La représentation du machismo et du *marianismo* influence le comportement sexuel et les conceptions de la reproduction des femmes en ce sens que le rôle de mère est fortement valorisé. De plus, la virginité de la femme jusqu'au mariage influence l'éducation sexuelle des filles et adolescentes (Raffaelli et Ontain, 2001).

Lorsqu'il est question de santé reproductive, et plus spécifiquement d'avortement, de sexualité active et de contraception, les trois concepts s'entrecroisent et permettent d'aborder les dynamiques culturelles pouvant influencer la perception du droit à l'avortement en ce sens où le genre féminin est construit comme soumis et trouvant sa valorisation dans son rôle de mère. Le genre masculin, lui, est construit comme dominant, et valorisant fortement la famille. Cette influence de trois concepts culturels indépendants, mais reliés est source de certains tabous sur l'accès à l'avortement, tel que résumé par une participante de la Pennsylvanie :

Oh (exhales) where does it originates hum (pause) so I guess maybe it's like the gender roles, like women are supposed to be like the *marianismo*, like supposed to be like submissive, virgin-like so if you want to get an abortion and get rid of life hum then it's like oh no you're not being submissive, you're not being virgin-like so now and then also men wanting to be dominant, machismo and whatnot like (pause) for some reason men think they have control over our bodies, not just like (pause) so I guess like it goes, the domination (pause) goes into like control of a woman's body in that perspective that also women thinking that they should be pure hum so (pause) yeah I feel like that's (pause) that's what it is, especially like within my family I guess hum (pause) I don't even think abortion has ever been like explicitly talked about, but it's like okay a woman should be virgin-like, you can't have sex until you're married so then why are you gonna get an abortion if hum, if you know, if you're not married, if you haven't had sex yet hum but I mean it's not like that constrictive or conservative within my family, but there is

still that expectation and because it isn't talked about well it's not (pause) solved, or like nobody really grew past that. (Selina, 23 ans, Pennsylvanie)

Dans le cadre de la présente recherche, les participantes ont été sondées quant à leurs expériences de coercition reproductive à travers deux séries de questions : une première portant sur la contraception et son utilisation et une deuxième portant sur la grossesse et l'avortement (voir Tableau 4.3).

**Tableau 4.3 Questions portant sur la coercition reproductive dans le cadre du questionnaire en ligne**

For the following situations, please indicate if you ever experienced it <b><u>in your life</u></b> . (Yes / No)	
Questions sur la contraception et son utilisation	Questions sur la grossesse et l'avortement
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Has a partner ever destroyed or tampered with your birth control ?</li> <li>• Has a partner ever supervised your contraceptive use to make sure you were taking it?</li> <li>• Has a partner ever pressured you into using a long term or irreversible contraception method (ex. IUD, injectable contraception, tubal sterilization...) against your wish?</li> <li>• Has a partner ever prevented you from using a method of contraception or going to the clinic to get one?</li> <li>• Has a partner ever pressured you into using a certain method of contraception that was not the one you wanted to use?</li> <li>• Has a partner ever pressured you into having unprotected sexual relations?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Has a partner ever pressured you into getting pregnant?</li> <li>• Has a partner ever threatened to leave you if you were to become pregnant?</li> <li>• Has a partner heavily monitored your menstruation cycle against your wish, either to prevent pregnancy or have you become pregnant?</li> <li>• Has someone, other than your partner, ever pressured you into getting pregnant?</li> <li>• Has someone, other than your partner, ever tried to hide/conceal your contraception so that you would become pregnant?</li> </ul>

Les réponses à trois questions portant spécifiquement sur la contraception ont été analysées : « Has a partner ever destroyed or tampered with your birth control » ; « Has a partner ever prevented you from using a method of contraception or going to the clinic to get one? » et « Has a partner ever pressured you into having unprotected sexual relations? ». Ces questions permettaient d'aborder

plus spécifiquement un lien possible entre la coercition reproductive et une possible grossesse non désirée. À la première question, 6% participantes ont répondu « oui » ou « incertaine », alors que 2% ont répondu « oui » ou « incertaine » à la seconde. 27% des participantes ont répondu à l'affirmative à la dernière question. Pour le deuxième bloc de questions, trois questions ont également été analysées : « Has a partner ever pressured you into getting pregnant? »; « Has a partner heavily monitored your menstruation cycle against your wish, either to prevent pregnancy or have you become pregnant? » et « Has someone, other than your partner, ever pressured you into getting pregnant? ». 2% des participantes ont répondu oui à la première question; 5% à la seconde question; et 8.5% à la dernière question. De plus, indépendamment de leur historique d'avortement, les participantes étaient invitées à répondre à la question suivante : « Have you ever been pressured into getting an abortion? ». Une participante a répondu à l'affirmative, alors que deux ont sélectionné « je préfère ne pas répondre ». De ces données, il est impossible d'établir une relation causale entre la conception des rôles de genre et la coercition reproductive, la proportion de participantes ayant répondu à l'affirmative n'étant pas significative.

Toutefois, lors des entretiens semi-dirigés, il a été possible de constater comment ces concepts théoriques se transposent dans le quotidien et ont une incidence sur l'éducation des jeunes filles et des jeunes garçons, ce qui influence ensuite les relations de couple et peut avoir une incidence sur la prise de décision concernant les soins de santé reproductive. Comme le relatent certaines participantes à notre étude :

in the Latinx community (pause) hum a lot of women do subject to their partner's, their male partner's decisions over their bodies and it's really sad because (pause) like I wouldn't be surprised, at least this happens in Mexico and I'm guessing it would happen here too but hum sometimes male partners or boyfriends or husbands don't let the hum (pause) their wives to be on contraception or hum getting like after getting three kids like hum getting their tubes tied or they just don't let them like and a lot of women are like scared to do anything because (pause) the husband doesn't want them to do so I also think that position of like I would even call it gender violence in the Latinx community is also very important to talk about and yes as I said I cannot talk about it myself because I haven't been in that experience. I've had like (pause) mild pressure from boyfriends or partners to (pause) you should be on something but I'm, at the end of the day it's like I'm the one doing it but hum I do think in, in more underprivileged, marginalized communities there is more of a tendency of like well whatever the (pause) man says happens so yeah. (Lucidia, 27 ans, Texas)

Hum por, pienso que (silence) porque en la comunidad hispana hemocido colonizados entonces esta como esta hum (silence) hum manera educarnos muy católica tal vez o muy de valores de familia entonces esta como mal visto no, estamos educados para decir que esto esta mal, que a lo mejor no tiene que hacer, como un tabú. [Hum pour, je pense que (silence) parce que dans la communauté hispanique nous avons été colonisés alors c'est comme c'est hum (silence) hum la manière dont nous avons été éduqués très catholique parfois ou très de valeurs familiales alors c'est comme mal vu non, nous sommes éduqués pour dire que ceci est mal, que au mieux tu ne dois pas le faire, comme un tabou] (Valeria, 29 ans, Californie)

Le rôle de genre est, après la religion, le deuxième élément soulevé par les participantes lorsque questionnées quant à l'origine du tabou entourant le droit à l'avortement. Certaines sont optimistes et jugent que ce tabou pourrait perdre en importance grâce aux changements générationnels et à l'acculturation :

Si todavía hay mucho estigma hum podría decir igual de la, del aspecto cultural eh religioso no, puede decir que eh la mayoría de países latinos, la mayoría, un gran porcentaje es catolico entonces esto es muy mal visto no. Entonces va a tomar todavía años antes que la nueva generacion que ahora puede aceptar que bueno es su cuerpo, su decision, pueda, pueda crear esto como normal, pero este estigma creo que viene eso de la cultura que influye mucho la religion si. Y, es, es igual como, como un fracaso moral no igual. [Oui il y a encore beaucoup de stigma hum je pourrais dire tout comme à la, l'aspect culturel eh religieux non, on pourrait dire que eh la majorité des pays latinos, la majorité, un grand pourcentage est catholique alors ceci est très mal vu non. Alors ça va prendre encore des années avant que la nouvelle génération qui aujourd'hui peut accepter que bon c'est ton corps, ta décision, peut croire que ceci est comme normal, mais ce stigma je crois qu'il vient de la culture qui est beaucoup influencée par la religion, oui. Et c'est, c'est tout comme, comme un échec moral, non, pareil.] (Alba, 36 ans, New York)

Pour d'autres, la *machismo* est simplement un terme accolé à un comportement qui se retrouve dans l'ensemble des cultures et qui est imprégné dans les systèmes sociaux, contribuant au maintien des femmes dans une position de subordination, qui passe notamment par un contrôle de la santé reproductive :

I think a lot of it comes down to like the cultural experience as well hum on top of the gender-roles like so for instance among Latinos you know it's a very machista like way and so I think, I guess every culture kind of has that male hierarchy system, and there's no telling whose is better and whose is worst (Camila, 23 ans, Texas)

““They raise us women to feel guilty” she [Ana, a woman from El Paso] said. “It's part of our personalities, guilt. It's a way they control us”” (Rossi et Martinez, 2021b)

#### 4.3.2 « I call myself a cultural Catholic » : religion, culture et perception du droit à l'avortement

L'influence de l'appartenance culturelle sur la perception du droit à l'avortement n'est pas dichotomique : être croyante ou affiliée à une religion ne signifie pas qu'une personne s'oppose aux droits à l'avortement. Les participantes à notre étude soulignent plutôt qu'il existe des variations selon le degré de religiosité, le milieu familial, et l'influence de la génération d'immigration et de l'éducation sur le positionnement idéologique quant à l'accès à l'avortement. Ainsi, si 41.4% d'entre elles s'identifient comme catholiques, près de 50% notent être croyantes, mais non pratiquantes, et ne participent jamais à des activités organisées par une institution religieuse (voir Tableau 4.4). En ce sens, le croisement des données liées à l'affiliation religieuse et au degré de religiosité avec les réponses aux questions portant spécifiquement sur la position vis-à-vis du droit à l'avortement peint un portrait plus nuancé que la perception dichotomique de la relation religion-avortement.

**Tableau 4.4 Affiliation religieuse des participantes au questionnaire et aux entretiens**

	Total	CA	NY	PA	TX
<b>Participantes ayant complété le questionnaire</b>					
<b>Affiliation religieuse</b>					
Catholique	34	14	2	1	17
Chrétienne	2			1	1
Protestante évangélique	4	2		1	1
Juive	1				1
Non-affiliée	13	4	2	1	6
Agnostique	17	3	3	3	8
Athée	3	1		2	
Spirituelle	1		1		
Sans réponse	6	2		1	3
Autre, non précisé	1	1			

<b>Relation avec la religion</b>					
Non affiliée	23	4	5	4	10
Affiliée, non croyante	3	1	2		
Croyante, non pratiquante	40	16	1	4	19
Croyante et pratiquante	13	6		1	6
Sans réponse	3			1	2
<b>Fréquence de participation à des activités religieuses</b>					
Jamais	38	11	6	5	16
Lors d'occasions spéciales (fêtes, fêtes religieuses...)	29	9	1	4	15
Hebdomadaire	7	5			2
Plus d'une fois par semaine	2				2
Sans réponse	6	2	1	1	2
<b>Participant.es à l'entretien semi-dirigé</b>					
<b>Affiliation religieuse</b>					
Catholique	12	4	1	2	5
Non-affiliée	6	2	1	1	2
Agnostique	6	1	1	1	3
Spirituelle	1		1		
<b>Relation avec la religion</b>					
Non affiliée	7		3	1	3
Affiliée, non croyante	2	1	1		
Croyante, non pratiquante	10	4		2	4
Croyante et pratiquante	4	2			2
Sans réponse	2			1	1
<b>Fréquence de participation à des activités religieuses</b>					
Jamais	10	1	3	2	4
Lors d'occasions spéciales (fêtes, fêtes religieuses...)	12	5		2	5
Hebdomadaire	1	1			
Plus d'une fois par semaine	1				1
Sans réponse	1		1		

Ainsi, toutes les participantes ayant répondu « non affiliée » ou « affiliée mais non croyante » à la question « Quelle affirmation représente le mieux votre relation à la religion » considèrent que l'avortement doit être un droit des femmes. Par contre, si une majorité considère que ce droit doit être accessible dans toutes les circonstances, 13% des participantes non affiliées et 33% des participantes affiliées mais non croyantes penchent plutôt pour un droit encadré, accessible dans la majorité des circonstances. Chez les participantes croyantes, mais non pratiquantes, une forte majorité (90%) soutient également un droit à l'avortement, mais les réponses sont plus partagées quant aux circonstances dans lesquelles ce droit devrait être accessible : 67.5% considèrent que l'avortement doit être accessible dans toutes les circonstances ; 17.5% dans la plupart des circonstances ; 10% dans certaines circonstances ; et moins de 1% ont répondu que l'avortement devrait être illégal peu importe les circonstances. Pour leur part, les participantes croyantes et

pratiquantes sont plus partagées : 61.5% considèrent que l'avortement est un droit, alors que 30.8% considèrent que c'est immoral (« morally wrong »). Ces participantes sont toutefois plus tranchées quant aux circonstances entourant l'accès à l'avortement. En effet, toutes les participantes pratiquantes et croyantes considérant que l'avortement est un droit soutiennent son accès dans toutes les circonstances, alors que toutes celles s'opposant à ce droit considèrent que la procédure devrait être accessible dans certaines circonstances.

Le degré de religiosité des participantes a été évalué à l'aide des réponses à la question suivante : « How often do you attend organized religious meetings? ». En croisant à nouveau la position des participantes sur le droit à l'avortement et leur réponse à cette question, il est possible d'observer un autre niveau d'influence de la religion sur la position sur l'avortement. En effet, les participantes qui ne participent jamais à des rencontres / activités religieuses (n=39) ou qui y participent lors d'occasions spéciales (n=29), comme les fêtes religieuses, considèrent à très forte majorité (94%) que l'avortement est un droit, et que la procédure doit être accessible dans toutes (79.4%) ou la majorité (14.7%) des circonstances. À l'inverse, les participantes qui participent à des activités religieuses de façon hebdomadaire (n=6) ou plus d'une fois par semaine (n=2) sont partagées : 50% considèrent que l'avortement est un droit dans toutes les circonstances, alors que 37.5% considèrent que c'est immoral. Parmi ces répondantes et la participante n'ayant pas répondu à cette question, toutes considèrent néanmoins que la procédure devrait être légale dans certaines circonstances.

Toutefois, l'affiliation religieuse et le degré de religiosité des femmes ne permettent pas de mesurer les différentes influences socio-culturelles et idéologiques de la religion sur la vision de nos participantes de l'avortement. En effet, la quasi-totalité d'entre elles ont noté l'influence de la religion catholique sur leur éducation, que ce soit familiale ou parce qu'elles ont étudié dans une école catholique. Conséquemment, la plupart des participantes ont grandi dans un contexte où l'avortement était considéré comme un péché, un acte immoral :

I also think that (silence) religion can play a big role in that (...) in my growing up and socialization, the Christian community was what I grew up in, Catholic, and it was seen as, as, or the way it was taught is like an abortion is going against the will of God and just you know trying to just instill that (silence) that moral

aspect of you're bad if you were to get an abortion hum or, or honestly even if you were to think about getting an abortion that is like, that's horrible, why would you do that and stuff like that. (Ava, 21 ans, Texas)

La prédominance de la religion, et plus spécifiquement d'une pratique religieuse qui considère l'avortement comme un péché, et dans certains cas la contraception comme entravant la volonté de Dieu, influence la perception des services de santé reproductive et sexuelle. Plusieurs participantes ont donc grandi dans un environnement où ces questions n'étaient pas sujet de discussion, ou étaient tabous. On leur disait généralement que la contraception n'a pas lieu d'être utilisée si une personne n'est pas sexuellement active et une personne ne doit pas être sexuellement active avant le mariage. Les tabous entourant toutes les questions liées à la sexualité entraînent une peur et une honte chez les femmes choisissant l'avortement – et même chez celles utilisant une forme de contraception :

I'm on birth control it's like you are hum they think you're a whore or you know you're up to no good so I think it's just a lot of taboo that comes with the culture, with the religion and then education. (Camila, 23 ans, Texas)

Without a doubt, I would say hum just if you say ok I'm going, I need to go to a clinic for whatever reason, a women's clinic for whatever reason, there is almost like shame around it, or perceived shame around it, even though there shouldn't be and people are going to I don't know, it's difficult to seek that out, as well as if people outside of the clinic that are like what are you doing, why are you trying to do that, it's hum, yeah, it's difficult. (Rosa, 21 ans, Texas)

Ces questions sont ainsi « balayées sous le tapis », retirées des discussions sur la santé et imbriquées les unes aux autres de façon telle que le tabou dépasse la seule question de l'avortement et influence la perception et l'accès aux autres soins de santé reproductive incluant la contraception et les tests de dépistage pour le VPH ou pour les maladies transmissibles sexuellement, sans toutefois mener à une absence de relations sexuelles. Celles-ci sont simplement cachées, secrètes, et les risques – d'ITSS ou de grossesses non désirées – s'en trouvent donc accrus.

À la frontière sud, plus qu'une question culturelle, la prédominance du catholicisme et des valeurs catholiques quant à l'avortement – et plus largement les questions de santé sexuelle et reproductive – est perçue comme intrinsèquement liée à la position géographique. La zone frontalière mexico-étasunienne est influencée par les réalités socio-culturelles de deux espaces. Ni totalement étasunienne, ni totalement mexicaine, cette région est porteuse d'une identité qui lui est propre, influencée par la frontière, et la rencontre de deux ensembles de normes. Du côté mexicain, la religion catholique demeure prédominante et influence plusieurs enjeux sociaux, dont les rapports familiaux et la perception de l'avortement, une situation qui se transpose dans les discours publics dans la communauté transfrontalière, mais qui n'est pas toujours représentative des positions personnelles des résident.e.s de la région, tel que dénoté par Lara, qui réside dans la Rio Grande Valley au Texas :

being so close to Mexico, which is a huge Catholic nation, hum that definitely has steep over to the border community. So we're also very Catholic communities hum (pause) but I think you'd be surprised by how many people, and I definitely been surprised by how many people hum support it, at least on the down low.  
(Lara, 39 ans, Texas)

Plus encore, la religion catholique est perçue et identifiée par plusieurs participantes comme étant une composante culturelle difficilement dissociable de leur identité ethnoculturelle, et ce, indépendamment de leur relation individuelle avec les activités religieuses organisées ou non :

hum just Mexican culture 'cause that's, that's my specific background hum Mexico is very Catholic (laughs) and so hum a lot of the times that just, that just has an impact on you whether you practice or whether, it just becomes a cultural thing and so like it affects you in unexpected ways and I think that this is one of them of hum, 'cause at least for me, hum I, I, I'm not really a practicing Catholic, I, I call myself a cultural Catholic 'cause again like there's a lot of, Catholic hum traditions and things that I participate in but because they are so closely tied to the culture and the things that like holidays and things like that (Savina, 27 ans, Californie)

Cette imbrication de certains aspects de la religion catholique dans la culture latino-américaine explique d'ailleurs pourquoi il est difficile d'établir où se situe la ligne de démarcation entre « culture » et « religion ». Ainsi, même pour les participantes qui ne s'identifient pas comme catholiques et/ou qui ne pratiquent pas, les positions de l'église catholique quant à l'avortement ont, ou ont eu, une influence sur leur propre vision de la procédure. Cela entraîne plusieurs débats internes quant à la procédure, sa légalité et son accessibilité. Pour certaines, comme Silvia (48 ans, New York), l'avortement doit demeurer un droit et doit être accessible dans la majorité des circonstances. Toutefois, lors de notre discussion, elle souligne cette tension interne entre l'éducation religieuse et culturelle qui valorise la famille, et ce droit de mettre un terme à une grossesse :

Just you know being Catholic in most cases and you know it's supposed to be something beautiful having children and you're terminating something that's very you know beautiful and a gift from God hum yeah so there's a lot of stigma, so it has to be done in secret. (Silvia, 48 ans, New York)

Oh I mean, I, I, there is, hum and I can speak about it culturally hum I was raised in a Colombian household, and a Roman Catholic household hum and with a lot of Colombian people around me and there is a huge stigma around abortion in the sense that it's you know even in, even in the case of rape. Hum that, that, that is, it's, it's sin and it's, it's really sad hum and, but I think culturally like, at least from the Colombian sense, it's so ingrained and that it's a fundamental factor of being one Colombian, and two if you're Catholic, Roman Catholic. These are the things that you believe hum just really sad. (Rosalina, 33 ans, New York)

Pour d'autres, cette tension se manifeste davantage par rapport à leur propre corps, et non pas par rapport à la procédure en elle-même. Par exemple, si elles se positionnent en faveur de l'avortement comme simple procédure médicale (et non comme enjeu politique), les conflits internes demeurent présents et pourraient influencer leur décision si elles devaient interrompre une grossesse non désirée :

Definitely I mean I, for example, (pause) *if I would need an abortion I think I would give it way, way, way more thought to it in terms of the morality of it when maybe for some people it's like just about healthcare and, and I wanna, I advocate that it is but personally, on a personal like moral level it can get tricky on that but then*

also there's absolutely no way I could share that with my family so that just like I would know, I would much rather not mention it because I know how much like shame it would be towards me for it yeah. (Lucidia, 27 ans, Texas [notre emphase])

Hum my upbringing definitely does you know. I was also raised super Catholic and to be honest with you I still have that hum struggle with the identity and the shame around abortion like I completely support people who choose abortion, I would say that I'm, I wouldn't even say I'm pro-choice, I'm pro-abortion, I can say that now but it, but even still like, having grown up super Catholic and knowing the teachings of the Catholic church, there's *still like a tiny part of me that feels very shameful about the work that I do*. (Lara, 39 ans, Texas [notre emphase])

L'interconnexion entre culture et religion, ainsi que le positionnement géographique – certaines régions sont plus religieuses ou sont marquées par des contextes sociopolitiques plus influencés par la religion – peut également être source de tiraillement ou de tensions internes chez les femmes. Ces identités peuvent s'entrechoquer et être sources de réflexions et de repositionnement :

I try to really be (pause) I try to check myself cause I'm also religious and I'm also from the frontera and, and I'm a Tejana and so all these things that I don't agree with but at the end of the day we're human and we should be compassionate and empathetic to people's decisions because that's a hard-ass decision to make hum so I think just being as respectful and helpful as possible when I was encountered with this with my family and my friends like (pause) as conflicted as I was (Paula, 38 ans, Texas)

Cette centralité des valeurs catholiques face aux enjeux reproductifs constitue, pour l'ensemble des participantes, la source du tabou qui entoure l'avortement. Ce tabou a une incidence sur la propension des femmes à discuter des enjeux de santé reproductive, influence leur perception de leur accès et s'imisce dans le discours politique malgré la séparation entre l'État et l'Église (voir Chapitre 5). Le secret et le tabou entourant l'accès à l'avortement ont une influence directe sur le soutien à l'égard des femmes désirant un avortement. Pour plusieurs, l'avortement n'est tout simplement pas un sujet de discussion : sans influencer leur propre position sur la question, le tabou a une incidence directe sur leur perception du soutien qu'elles peuvent espérer recevoir si elles choisissent de mettre un terme à une grossesse. En effet, si la majorité des participantes confirment qu'elles pourraient compter sur au moins un.e ami.e si elles décidaient de se prévaloir d'un

avortement. Le nombre de participantes mentionnant pouvoir s'appuyer sur leur famille pour du soutien financier ou émotionnel est moindre. Certaines participantes, comme Valentina (33 ans, Pennsylvanie), peuvent compter sur leur conjoint :

Hum it was a completely mutual decision between my partner and I hum but ultimately he very much understood that it was going to always be my last word over anything, but it was very definitively this is not the time for our family to have another person in it (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

Or, pour une majorité des participantes à notre étude, l'accès à l'avortement est source de discussions tendues et de confrontations négatives. Ceci illustre que le soutien de leur famille advenant leur choix d'obtenir un avortement serait limité ou inexistant. Comme l'explique une participante :

hum with my family it's definitely very hard. I tried to talk about it but it always ends in a fight (laughs) so sometimes I'm like well I do need to (pause) say this whenever the topic comes into conversation or sometimes I just decide to not say nothing to just not have that conversation but hum (pause) yeah with my family it's, I, I would never be able to have a conversation about abortion in like a positive way. But with my friends yes of course (pause) and with partner too so yeah (Lucidia, 27 ans, Texas)

Well, hum for me it's a cultural thing and it's a family thing. Hum my, my family is very old-fashioned, very religious, so hum (pause) it has caught, caught up with my family in terms of me or one of my cousin has needed an abortion, but I know that it would be very controversial. Hum so, so that's where it comes from for me hum and I think that most of the people I associate with come from similar background in one way or another, so I could be just hum more naïve than someone else might be. (Lys, 33 ans, Pennsylvanie)

Une autre participante résume ainsi l'absence potentiel de soutien en cas d'interruption volontaire de grossesse : si sa famille ou ses ami.e.s l'apprennent, elle sera alors perçue comme une mauvaise personne.

L'absence de soutien familial peut ajouter un poids émotionnel supplémentaire pour les patientes, devenant source de stress ou d'anxiété en raison de la nécessité de préserver le secret entourant la procédure :

In terms of like gathering support afterwards I think that was like a different thing as well. I think it came down mostly to the friend group, not really (pause) anything else. And I think that's what made the whole process so hard for them as well hum financially and then you know mentally, spiritually. (Camila, 23 ans, Texas)

Par exemple, Myrla, une participante résidant dans l'État de New York, souligne que c'est la peur de la réaction de ses parents et le tabou entourant la question de l'avortement qui ont motivé son choix de tenter un avortement-maison alors qu'elle était encore adolescente. Lors de notre entretien, elle mentionne avec émotion qu'encore aujourd'hui, elle ne sait pas si sa tentative a eu des conséquences physiques négatives durables. Si pour certaines l'avortement-maison est un choix permettant notamment de démedicaliser la procédure (voir Chapitre 1), pour d'autres, il s'agit de la seule option en raison des tabous entourant non seulement la procédure, mais les discussions concernant celle-ci. Cette peur de l'unité familiale, de la réaction possible des parents, grands-parents ou autres membres de la famille, est un phénomène souligné par plusieurs participantes, qu'elles aient eu un avortement ou non :

the religion and the fear like you're gonna go to hell and the whole feel like oh my god what is my mother going to say, what are people gonna, that whole stigma that comes from the society. Just this set of rules that people said well this should be the norm and if you're out of the norm hum yeah definitely. (Carmen, 51 ans, Texas)

Dans un contexte où un déplacement géographique est nécessaire – soit dans une autre ville ou dans un autre État – cette absence de soutien et cette obligation de garder le secret sur la procédure ajoutent aux enjeux logistiques associés à l'accès à l'avortement.

Toutefois, ce discours peut sembler prédominant de l'extérieur, mais n'est pas uniforme et certaines incohérences sont observées par les participantes. En effet, certaines soulignent que lorsqu'elles étaient adolescentes, leurs parents ou les parents de leurs ami.e.s soutenaient une certaine vision contre le droit à l'avortement en public, mais avaient des positions moins tranchées en privé, ouvrant même la porte à ce que leurs filles choisissent de mettre un terme à une grossesse :

Hum I definitely feel like that's an aspect of things hum more of like cultural and religious background, I was raised Catholic and were taught that abortion is not an option whatsoever, so I was really surprised like I said when in high school moms were telling their daughters like if you don't want this baby it's fine, so it was like just the hypocrisy like it's ok, it's not okay if it's anyone else, but my daughter can do this. So I feel like a lot of people grow up thinking it's not an option just because of the way we were raised but will find different answers when somethings actually does happen you know. (Eva, 22 ans, Texas)

On observe ici la pression du tabou social qui peut influencer le discours projeté alors que le discours privé qui est plus nuancé. Ceci permet de croire que le soutien familial es possible, mais à condition de garder le secret sur la procédure. Cette situation contribue toutefois à renforcer le tabou existant autour des enjeux de santé reproductive et sexuelle.

Lorsqu'on étudie l'affiliation religieuse, des participantes, on remarque qu'elles ne sont pas représentatives de la population latino-américaine : elles sont plus nombreuses que la moyenne dans la population latino-américaine à s'identifier comme athées ou agnostiques, ou à s'identifier comme catholiques non pratiquantes (voir Chapitre 2). Toutefois, lors des entretiens, plusieurs participantes se sont confiées quant à leur changement de vision sur la religion et le droit à l'avortement. Pour certaines, la religion catholique demeure significative dans leur vie, bien qu'elles ne soient pas pratiquantes, en raison des ramifications entre celle-ci et la culture latino-américaine. Ceci tend à créer une tension entre une forme de « catholicisme culturel », tel que nommé par une participante, et une position favorable à l'avortement :

and so by getting an abortion it does kind of feel like I'm doing something wrong hum and so like, and that's something that like, is within me so I'm sure that it, who isn't even that religious at this point and so I'm sure that that's something in the back of the head of like a lot of hum Latina women. (Savina, 27 ans, Californie)

Le changement de perception quant à l'avortement ne trouve pas sa source dans une seule expérience. Chez certaines participantes, comme Iva, ce changement s'est produit progressivement et a notamment été influencé par une expérience personnelle de l'avortement :

Well, I was, I grew up Catholic and the Catholic faith hum (pause) you know for twelve years I, for twelve years in school I was told that you know abortion was wrong and the sanctity of life and all of that hum so it was really hard to meet my religious programming and also like the reality of, of what I wanted for my life and I think that was probably, yeah religion for sure. (Iva, 46 ans, Pennsylvanie)

Pour d'autres, comme Ava (21 ans, Texas) ou Celestina (26 ans, Californie), la perception a changé lors de leur parcours universitaire, où elles ont été confrontées à d'autres visions de l'accès à l'avortement :

I think that one of my professors just really made me think like things through hum and even though it's something I might not do in my lifetime doesn't give me the right to oppose to somebody else's hum so I think once I started just learning more and, and hum you know taking these classes and learning from other women, hum that's when it just shifted. (Celestina, 26 ans, Californie)

Par contre, le droit à l'avortement sur le plan conceptuel et impersonnel demeure en tension avec les valeurs familiales, l'approbation de la famille et le personnel. Les ramifications de l'éducation religieuse et de l'imbrication entre culture et religion demeurent présentes, même chez les participantes les plus pro-choix ou pro-avortement. « Religious trauma », « unlearning process », « being stigmatized » : les participantes à la présente recherche abordent leur changement de position sur l'accès à l'avortement comme un processus non linéaire, qui s'inscrit dans le temps et qui demande à la fois une introspection et un travail personnel, ainsi qu'une force vis-à-vis les pressions externes et la stigmatisation.

Ce processus, notamment pour les participantes ayant eu un avortement, s'inscrit également dans une volonté de déconstruire le tabou intergénérationnel, autant sur l'avortement que sur les autres enjeux de santé reproductive et sexuelle :

I (silence) I think from my own personal experience, based on what I went through, and how like traumatizing now that I'm thinking about it, how like scary that moment was, I would never want my daughter to feel like that you know and it's, I learned so much about other women who weren't like part of my family or part of my culture who were open to like talking about reproductive health that I would want my daughters to have that from me so I don't feel any sort of like (pause) cultural pressure to not do that. (Myrla, 27 ans, New York)

Yes for sure because hum it's not like you know like, when I have daughters, I want to make sure that I teach them hum everything hum and if I were to have a daughter who got pregnant before she was ready, I would want her to make, to be open and free to make all those choices hum (pause) aside from the fact that I wouldn't. Hum I would want her to have the options. Hum my mom never sat me down to have you know that conversation, a sex conversation, a birth control conversation so hum so yeah it does directly influence hum I live five miles from where I grew up so had I had that you know, a different background hum (pause) different culture, then yes I would know where things were, automatically before I needed it you know. (Lys, 33 ans, Pennsylvanie)

Nonobstant l'affiliation religieuse, l'imbrication entre culture et religion influence donc la perception de l'accès à l'avortement chez les participantes. Pour certaines, cela ne se manifeste qu'au niveau de leur corps, où la peur et la honte demeurent présentes dans la réflexion entourant ce choix, alors que pour d'autres, cela influence leur perception du droit – ou non – à l'avortement. La prédominance d'un tabou et d'une stigmatisation de l'avortement, et plus largement de toutes les questions de santé reproductive et sexuelle, alimente l'absence de communication et le secret qui entourent ces services, le soutien pouvant être obtenu et la connaissance des droits reproductifs et sexuels.

#### 4.3.3 Traitement par le personnel et discrimination

Aux États-Unis, l'accès aux soins de santé et la prévalence de certaines maladies sont marqués par de profondes disparités raciales (Kung et al., 2008; Williams et Mohammed, 2009). Selon Levine et al. (2001), 100 000 Afro-Américain.e.s décédaient prématurément chaque année à la fin des années 1990, des décès qui auraient pu être évités s'il n'y avait pas de disparités raciales dans

l'accès et le traitement. Si ces données datent, les recherches sur les disparités raciales et ethniques en santé dénotent une persistance de celles-ci dans le temps et ce, indépendamment du statut socio-économique. Ceci démontre « qu'il existe des facteurs supplémentaires liés au statut racial qui affectent négativement la santé des populations minoritaires défavorisées aux États-Unis ». (Williams et Mohammed, 2009 : 2 [traduction libre]).

La discrimination, explicite ou implicite, individuelle ou structurelle, influence la perception de l'accès aux soins de santé chez les personnes visées par celle-ci et peut être source additionnelle de stress (Clark et al. 1999). Plus encore, la perception de discrimination raciale ou ethnique dans le contexte d'accès aux soins de santé est associée à des délais dans l'accès aux soins, voire à un abandon d'accès aux traitements (Facione and Facione 2007; Van Houtven et al. 2005; Wagner et Abbott 2007; Casagrande et al. 2007), ainsi qu'à une absence d'accès aux tests de dépistage ou à des soins préventifs comme des vaccins (Trivedi et Ayanian 2006). Structurellement, une étude analysant les dépenses en santé selon l'ethnicité des patients démontre que les fonds dépensés pour les soins offerts aux personnes blanches sont significativement plus élevés que ceux accordés aux soins des personnes racisées : « Hispanic and Asian, Native Hawaiian, and Pacific Islander individuals had significantly less per-person spending than did the all-population mean for most types of care, and these differences persisted when controlling for underlying health » (Dieleman et al. 2021). Plus récemment, une étude menée auprès d'adultes plus âgés conclut que 23% des personnes latino-américaines plus âgées ont vécu de la discrimination ethnique ou raciale dans un contexte d'accès aux soins de santé (26% chez les femmes et 19% chez les hommes) (Doty et al., 2022). En comparaison, 25% des Afro-Américain.e.s ont également déclaré avoir vécu une forme de discrimination raciale ou ethnique, alors que seulement 3% des personnes plus âgées blanches ont vécu une telle situation (Reed, 2022). Parmi les personnes ayant vécu une forme de discrimination dans l'accès aux soins de santé, plus de 25% ont mentionné que cela a entravé leur accès et les a empêché d'obtenir les soins nécessaires (Doty et al., 2022).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons également sondé les participantes quant à leur expérience de l'accès aux soins de santé reproductive. Dans le cadre des entretiens semi-dirigés, nous avons interrogé les participantes quant à l'impact de leur origine ethnique sur l'accès aux soins et si elles avaient déjà vécu des expériences de discrimination raciale ou ethnique lors de l'accès aux soins de santé reproductive. Les résultats quantitatifs sont comparables aux résultats du

sondage auprès des personnes plus âgées, à savoir qu'environ un quart des participantes ont noté avoir vécu une forme de discrimination raciale ou ethnique. Cela se manifeste notamment par une perception que le/la médecin traitant.e ne comprendra pas les particularités culturelles et conséquemment, qu'il/elle ne les prendra pas en considération durant la consultation ou le traitement :

Hum hum hum hum si y de igual manera, tu no sabes como esta persona que tal vez ser, sea, no, blanca por ejemplo, te ve a ti no, como, como tienes ya duda como, como en mi experiencia no como latina tienes duda de como esta persona me va a ver a mi no me va a entender o me va a juzgar hum y tambien el, como te digo, el aspecto cultural no el hecho de saber que bueno ellos no saben que cuando tu eh, en tu pais, no te educaron de nada no te educaron de como, que, que hay condones, que para que sirve no, cuando creece, creece, creece en una cultura donde te, donde todo es tapado no y a penas cuando eh, eh, ya eres adulta, quien sabe tu treinta picos de años denteras de todo esto no o no tuviste acceso en tu pais a muchas cosas y vienes aca, algo que me paso a mi, con la, con la inyeccion del papiloma no. [Hum, hum, hum, hum, oui, de la même façon, tu ne sais pas comment cette personne qui, parfois, est, est, blanche par exemple, te voit non, comme, comme tu as des doutes comme, comme dans mon expérience, non, comme Latina, tu as des doutes de comment cette personne va me voir, no, va me comprendre ou va me juger hum aussi, le, comme je t'ai dit, l'aspect culturel, non, le fait de savoir que, bon, ils ne savent pas que quand tu, eh, dans ton pays, ils ne t'ont pas éduqué sur quoi que ce soit, ils ne t'ont pas éduqué sur comment, qu'il, qu'il y a des condoms, à quoi ils servent, non, quand tu grandis, grandis, grandis dans une culture où tu, où tout est sous couvert, non, et puis quand tu eh,eh, est une adulte, qui sait, tu as une trentaine d'années, toutes tes dents, non, ou tu n'as pas eu accès dans ton pays à plusieurs choses et tu viens ici, quelque chose qui m'est arrivé, avec le, avec le vaccin du papillomavirus non.] (Alba, 36 ans, New York)

De plus, certaines participantes relatant des discussions avec des proches ou des ami.e.s ont confirmé ces perceptions d'accès ou de traitement différenciés, associés notamment à certains stéréotypes :

I think that that's very much the case with reproductive health where hum I noticed, I've had this conversation with hum a few of my friends and well, when they would go to their gynecologist appointments for example, it would, they would be like "oh, so is there any possibility that you could be pregnant" or something like that. And they just believe them. And I've been asked like so many times "well

are you sure? Are you positive?” Well I’m positive, I, I know, and they’re like “can we confirm?” and like then it becomes a process and, and anything else. And I think a lot of (silence) my white friends, my white female friends, they’re just like, they’re just believed flat out that, that is the case. (Rosalina, 33 ans, New York)

Yes so I think hum (silence) just in general (silence) you’re quality of care is reduced as your, your ethnicity is more in the minority hum I think (silence) especially if there’s a (silence) like an area where it’s predominantly white (silence, exhales) but it’s, it’s more of a stigma and you get different treatment whenever you go into the (inaudible word) reproductive health care and especially with abortion it’s kind of (pause) hum (pause) the way they talk to young patients (silence) from stories I’ve heard from friends and stuff it’s like they belittle them kind of and hum (long silence) it’s kind of I guess I don’t know if this also plays but their age, they’re young and minorities and it was kind of like they were trying to get an abortion but (silence) they were trying to talk ‘em out of it I don’t even know what (silence) Yes I think it does impacts quality of care (Ava, 21 ans, Texas)

Outre la perception de possible discrimination par le/la médecin traitant.e, les participantes ont également relevé le rôle des militant.e.s anti-choix dans la perception de ces discrimination. En effet, les discours des manifestants anti-avortement incluent souvent un aspect racial, alors que des manifestants majoritairement blancs disent à des femmes racisées qu’elles contribuent au génocide de leur propre race (Cohen et Joffe, 2020: 121).

Parmi les participantes ayant répondu que l’origine ethnique ou l’appartenance raciale a une incidence sur le traitement reçu ou sur la perception d’accès aux soins de santé reproductive, plusieurs ont également noté l’intersection entre l’origine ethnique et le genre :

it was one incredibly hard to get an appointment and two it was really, really awful of an experience going there and hum of like women being judged (Rosalina, 33 ans, New York)

Oh definitely, hum, there, I don’t know, you hear a lot of experiences of women of, about women of color with their being neglected by their doctors or just not being listened to by their doctors and their concerns are not being heard so hum it makes a lot of people, especially women of color, weary to go see a healthcare professional because they don’t know whether they’re going to be listened to (Rosa, 21 ans, Texas)

hum and you know just living in Texas in general. We're, we're a southern state, there's a lot of systemic racial, racist hum you know hum (pause) what's the word I'm looking for, a lot of racial systemic barriers that prevent people from being able to allow or get access and not to mention just being a person who is a cisgender female like (pause) we are a lot of times not really listened to and we have certain issues, we're told we're overthinking or you know just hum, I've (pause) it's just I don't know (Lara, 39 ans, Texas)

Outre l'origine ethnoculturelle, le genre joue un rôle dans la perception de l'accès aux soins : certaines participantes ont eu l'impression que leur médecin traitant ne prenait pas au sérieux leur condition ou diminuait leur ressenti quant à leur santé reproductive et sexuelle, ne leur laissant pas le temps de clairement exprimer leurs besoins ou minimisant la gravité d'une situation. Plus largement et bien que cet aspect n'ait pas été relevé par les participantes à la présente étude, il importe de noter que la confiance des Latino-Américaines envers le système de santé lorsqu'il est question de santé reproductive peut également être négativement affectée par les discriminations et abus historiques envers cette communauté. En effet, dans le cadre du développement des pilules contraceptives, les femmes de Puerto Rico ont été des cobayes dont le consentement avait été obtenu en cachant le fait qu'il s'agissait d'un essai clinique, et non qu'on leur prescrivait un médicament approuvé (Eig, 2014). De plus, les scientifiques derrière ces essais, John Rock et Gregory Pincus, ont choisi les femmes portoricaines sur la base de stéréotypes et dans un contexte de politiques eugénistes visant un contrôle d'une population jugée moins désirable (Pendergrass et Raji, 2017). Ce même contexte est également source de pratiques de contrôle de la reproduction des femmes latino-américaines, jugées « non méritantes », ailleurs aux États-Unis, menant à des stérilisations forcées:

Mexican-origin women in Los Angeles at this time also encountered obstetricians and gynecologists who misled them. Historical sociologist Elena Gutiérrez has uncovered events that led to a lawsuit, *Madrigal v. Quilligan*, in which Mexican-origin women accused a group of doctors at Los Angeles County Medical Center of sterilizing them in the early 1970s without their full understanding or consent (Solinger, 2005: 195)

Plusieurs ont également mentionné avoir une préférence pour une médecin femme et/ou une femme racisée afin de diminuer les possibles biais de genre et raciaux dans l'accès aux soins. En effet, pour ces participantes, être traitée par une femme – et plus spécifiquement une femme racisée – leur permet d'être mieux comprise et écoutée, de ne pas se sentir diminuée, et d'avoir l'impression que la médecin est plus sensibilisée aux enjeux touchant les communautés ethnoculturelles, comme la mortalité maternelle plus élevée ou l'enjeu de discrimination dans l'accès aux soins :

But I will say that the care that I have accessed, which has been here, I, I have gone to people of color hum and I, I have noticed that the care is really different and like it's just one, it's easier to access people of color here than it was in Pennsylvania, so I can find a dentist that is a person of color that I wanted to go to, that I would feel safe with hum and so from that perspective hum like there is, there is a, even if it's not a Latino, it's a person of color that there is a relation, like a relational component there hum if that make sense. (Rosalina, 33 ans, New York)

Yes, absolutely, if ever given the chance where I can choose who is going to you know be supporting me medically in any way at all hum I always prefer a woman, I always prefer a woman of color and, if possible, I prefer a Latina woman absolutely that is something I would look for. (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

I've made it a point to specifically search-out hum women of color you know so I try to, cause they understand and they have the experience of being a woman of color specifically like if I'm able to find a Latina woman of color then even better, if I can find one that is Latina from the Valley then that's even better, hum so I, all of my doctors, I try to make some, try to shop around so that I am getting a doctor who is Latina, or at least a woman of color and who can better understands my experience as a woman of color as well (Lara, 39 ans, Texas)

Pour les participantes résidant dans un milieu urbain, ce choix conscient est possible sans trop d'obstacles et sans ajouter une charge logistique trop grande sur la patiente, mais ce choix n'est pas toujours possible, dans un contexte où il y a une sous-représentation des Latino-Américain.e.s au sein du personnel médical (Salsberg et al. 2021; Mariscal Guzman, 2018). Cette situation qui n'est pas nouvelle (Zambrana, 1972) et ses impacts sont tangibles (Velasco-Mondragon et al., 2016).

Cela ajoute un poids supplémentaire sur les épaules des femmes latino-américaines et a une incidence sur les enjeux logistiques, déjà nombreux, associés à l'accès à l'avortement. Par exemple, Valentina, qui réside dans un milieu urbain en Pennsylvanie, a fait le choix de ne pas prendre un rendez-vous dans la clinique offrant l'avortement située la plus près de chez-elle, mais plutôt de se rendre plus loin, afin d'accéder aux soins dans une clinique où elle savait qu'elle ne serait pas la seule personne latino-américaine :

I like it because it's truly representative of the city, which is a very diverse city and so I thought that my healthcare would be better there. (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

L'accès aux soins de santé et aux soins désirés est ainsi décrit par une participante comme une chose pour laquelle les femmes latino-américaines doivent se battre. Celles-ci doivent dès lors devenir leurs propres « avocates » et défendre leurs droits. Ceci n'est toutefois pas donné à toutes, et cela entrave directement l'accès aux soins et l'obtention d'un traitement adéquat et exempt de discrimination et de stéréotypes.

#### 4.3.4 Les lois anti-avortement, plus néfastes pour les femmes latino-américaines?

La relation entre race/origine ethnoculturelle et accès à l'avortement n'est pas un enjeu nouveau, mais cette relation a longtemps été invisible en raison d'une absence de données et de volonté de mise en lumière des expériences des personnes latino-américaines et afro-américaines. Dans son analyse historique de l'accès à l'avortement, Schoen note que la question de la race et de l'ethnicité a longtemps été absente dans les documents de statistiques :

Aggregate data offers insights on the racial background of abortion patients, but until the late 1980s, statistics differentiated only between “white” and “nonwhite” patients. Starting in the late 1980s, demographers added categories for “black” and “Hispanic” patients. Yet this data existed only on the state level and offers no information beyond the number of women of different racial backgrounds having legal abortions. Letters and testimonials chronicling the patient experience frequently offer no information about the race of the author, making the

experience of African American or Hispanic women, for instance, almost invisible (Schoen, 2015: 18)

Malgré une inclusion de l'aspect racial/ethnique dans les analyses, l'expérience des femmes latino-américaines et autochtones demeure peu discutée, malgré une similitude des effets néfastes des lois anti-avortement sur ces femmes et les femmes afro-américaines (Solinger, 2005).

Or, tel que démontré précédemment, la race et l'origine ethnoculturelle, constituent un élément central à l'accès et la perception d'accès à l'avortement – et a également une incidence sur les conséquences des lois restrictives. En effet, suite à l'augmentation de l'adoption de lois restrictives dans les États conservateurs, plusieurs chercheur.e.s et journalistes se sont questionnés quant aux impacts différenciés de ces lois selon l'origine ethnoculturelle et la race, dénotant que les femmes latino-américaines et afro-américaines résidant dans un État limitant l'accès sont plus durement touchées par ces lois que les résidentes blanches : « If the U.S. Supreme Court allows states to further restrict or even ban abortions, minority women will bear the brunt of it, according to statistics analyzed by the Associated Press » (Wagster-Pettus et Willingham, 2022). En effet, les femmes racisées représentent plus de 60% des avortements aux États-Unis<sup>38</sup> (Cohen et Joffe, 2020 :13). Par exemple, au Texas, 59% de la population est racisées – mais les personnes racisées comptent pour 74% des avortements obtenus dans l'État (Wagster-Pettus et Willingham, 2022), dont 36% par des femmes latino-américaines (Gamboa, 2022). Ces disparités s'expliquent notamment par un accès plus difficile ou sporadique à la contraception (Wagster-Pettus et Willingham, 2022), des programmes d'éducation sexuelle inadéquats dans les États restreignant le droit à l'avortement (The New York Times, 2022) et, tel que discuté précédemment, la perception de discrimination dans un contexte d'accès aux soins de santé qui entrave l'accès aux soins de façon générale, incluant l'accès aux soins de santé reproductive – et donc à la contraception. De plus, les femmes afro-américaines et latino-américaines couvertes par Medicaid sont plus susceptibles d'avoir une couverture d'assurance qui les dirigent vers des ressources et services

---

<sup>38</sup> « Three in five abortion are women of color, with black women representing 28 percent, Hispanic women 25 percent, Asian or Pacific Islander women 6 percent, and women of other races or ethnicities 3 percent. White women make up 39 percent of the women having abortions » (Cohen et Joffe, 2020: 13)

gérés par des regroupements catholiques (85% contre 75% chez les patientes blanches) – et donc défavorables à l’avortement, voire dans des contextes de fausses couches. Comme l’explique une étude importante sur cette question :

We’ve know of cases where people have been forced to carry unviable fetuses in their bodies; that’s a lifelong trauma” Megan Ieyifo, executive director of the Chicago Abortion Fund told Rewire. “So the idea that low-income people who are already [some] of our most vulnerable, are being treated at a higher rate at these hospitals is deeply concerning (Littlefield, 2019)

Conséquemment, si la décision dans *Roe v. Wade* en vient à être renversée, les femmes latino-américaines, tout comme les femmes afro-américaines et autochtones, vivront plus négativement les conséquences d’une absence d’accès à l’avortement dans les États restrictifs et ce, pour quatre raisons principales : la mobilité; la démographie; les soupçons accrus et le taux de mortalité durant la grossesse. Tout d’abord, sur le plan de la mobilité, tel qu’étayé plus haut, se déplacer dans un autre État pour obtenir un avortement exige d’importantes ressources financières et physiques, ainsi qu’une capacité à se déplacer sans limitations liées au statut migratoire. Ensuite, sur le plan démographique, une analyse de la géographie des États restrictifs et de la composition de leur population démontre que plusieurs États restreignant ou interdisant l’accès à l’avortement ont une forte population latino-américaine et/ou afro-américaine (voir Tableau 4.5). En effet, près de 45% de la population latino-américaine et afro-américaine réside dans un État où l’avortement est, sans la protection de *Roe v. Wade*, interdit ou fortement restreint.

**Tableau 4.5 Portrait démographique des États selon les restrictions à l’avortement dans un contexte post-renversement de *Roe v. Wade***

États	Nbr (%) pop. hispanique	Nbr (%) pop. afro-américaine
<b>Illégal ou fortement restreint (43 832 500/ 44.74% pop. hispanique &amp; afro-amé. totale)</b>		
Alabama	211 700 (4.4%)	1 263 500 (26.5%)
Arizona	2 254 800 (31.8%)	306 600 (4.3%)
Arkansas	226 800 (7.8%)	444 200 (15.2%)
Caroline du Sud	285 200 (5.7%)	1 307 200 (26.2%)
Dakota du Nord	29 400 (4%)	17 900 (2.4%)
Dakota du Sud	31 400 (3.7%)	18 800 (2.2%)
Floride	5 583 900 (26.6%)	3 150 100 (15%)
Géorgie	1 011 800 (9.8%)	3 225 900 (31.3%)
Idaho	225 600 (12.9%)	11 500 (0.7%)

Kentucky	160 800 (3.7%)	344 900 (8%)
Louisiane	235 800 (5.2%)	1 433 000 (31.9%)
Mississippi	85 900 (3%)	1 078 300 (37.6%)
Missouri	253 900 (11.2%)	667 100 (4.3%)
Ohio	452 300 (4%)	1 380 000 (12.2%)
Oklahoma	424 600 (11.1%)	262 800 (6.9%)
Tennessee	378 900 (5.7%)	1 088 500 (16.4%)
Texas	11 300 500 (40%)	3 297 200 (11.7%)
Utah	455 000 (14.4%)	32 600 (1%)
Virginie occidentale	24 800 (1.4%)	55 900(3.2%)
Wisconsin	401 700 (7.1%)	349 200 (6.2%)
Wyoming	57 100 (10.1%)	5 400 (1%)
<b>Statut incertain (11 727 600/ 12% pop. hispanique &amp; afro-amé. totale)</b>		
Caroline du Nord	987 900 (9.7%)	2 124 200 (20.9%)
Indiana	471 000 (7.2%)	600 500 (9.2%)
Iowa	191 600 (6.3%)	119 200 (3.9%)
Kansas	341 900 (12.2%)	153 300 (5.5%)
Michigan	514 600 (5.3%)	1 305 100 (13.4%)
Montana	38 300 (3.7%)	5 900 (0.6%)
Nebraska	212 200 (11.3%)	89 200 (4.8%)
Pennsylvanie	960 500 (7.8%)	1 282 000 (10.4%)
Virginie	787 100 (9.6%)	1 543 100(18.9%)
<b>Protégé (42 414 800 / 43.29% pop. hispanique &amp; afro-amé. totale)</b>		
Alaska	48 900 (7%)	15 200 (2.2%)
Californie	15 271 400 (39.5%)	2 066 300 (5.3%)
Colorado	1 221 900 (21.8%)	211 100 (3.8%)
Connecticut	583 300 (16.9%)	346 400 (10%)
Delaware	91 100 (9.7%)	205 100 (21.8%)
District de Columbia	75 200 (11.2%)	302 400 (45%)
Hawaï	137 900 (10.3%)	16 400 (1.2%)
Illinois	2 177 500 (17.6%)	1 679 900 (13.6%)
Maine	21 900 (1.7%)	17 800 (1.4%)
Maryland	624 500 (10.6%)	1 741 500 (29.6%)
Massachusetts	824 100 (12.4%)	466 200 (7%)
Minnesota	307 300 (5.6%)	353 700 (6.4%)
Nevada	888 400 (29.3%)	279 000 (9.2%)
New Hampshire	51 500 (3.9%)	17 600 (1.3%)
New Jersey	1 822 900 (21%)	1 081 400 (12.4%)
New York	3 649 800 (19.3%)	2 651 600 (14%)
Nouveau-Mexique	1 010 200 (49.5%)	35 000 (1.7%)
Oregon	553 400 (13.4%)	72 900 (1.8%)
Rhode Island	169 100 (16.6%)	60 300 (5.9%)
Vermont	10 600 (1.8%)	6 700 (1.1%)
Washington	964 700 (13%)	282 700 (3.8%)

Source : US Census 2020 – American Community Survey, 2019; Total de la population s'identifiant comme Afro-Américain.e ou Hispanique : 97 975 100

Troisièmement, dans un monde où *Roe v. Wade* n'est plus, les fausses couches seront davantage causes de soupçon, et les femmes racisées seront plus à risque d'être visées par une enquête que les femmes blanches, tout en ayant un accès plus limité aux soins de santé, et aux soins prénataux plus particulièrement. En effet, dans un contexte où l'avortement est légal, plus de 1700 cas de femmes faisant l'objet de poursuites criminelles suite à une fausse couche ont été recensés par le National Advocates for Pregnant Women. Parmi ces cas, les femmes afro-américaines et latino-américaines sont surreprésentées, et la majorité ont également un historique de consommation de stupéfiants (NAPW, 2022 :5), une situation qui risque d'empirer, selon le NAPW et le National Latina Institute for Reproductive Justice. Finalement, dans le cadre de ses recherches portant sur les politiques d'accès à l'avortement, la chercheuse Amanda Stevenson a estimé la hausse possible du taux de mortalité lié à une grossesse en s'appuyant sur les statistiques de mortalité maternelle actuelle et des données sur l'avortement. Elle prévoit une augmentation de 21% des décès liés à une grossesse dans l'espace de deux ans suivant une interdiction nationale au droit à l'avortement (Stevenson, 2021 : 6). Or, cette conséquence ne serait pas vécue également par toutes les femmes : chez les Afro-Américaines, le taux de mortalité augmenterait de 33%, alors qu'il augmenterait de 18% chez les Latino-Américaines (Stevenson, 2021 : 11)

## CHAPITRE 5

### CORPS CONTRÔLÉS : INFORMATION, CONNAISSANCE ET POLITIQUES

La capacité d’obtenir un avortement – et la perception de la disponibilité de la procédure – est intrinsèquement liée à la connaissance des femmes. Connaître la localisation des cliniques offrant la procédure, comprendre les lois en place influençant les différentes étapes nécessaires à l’obtention de celle-ci, accéder à l’information afin de prendre les meilleures décisions pour sa situation individuelle sont autant d’éléments qui influencent la perception et l’expérience de l’accès à l’avortement. Toutefois, cet accès à l’information est loin d’être garanti ou universel. En effet, accéder à l’information nécessite une connaissance minimale de la procédure, ainsi que des ressources à proximité ou une littéracie numérique permettant de mener à bien des recherches en ligne (5.1). À cela s’ajoute l’enjeu de la compréhension de l’information (5.2) : celle-ci est-elle disponible uniquement en anglais ou des traductions fiables sont-elles disponibles? Le langage utilisé est-il accessible ou l’utilisation de termes trop techniques entrave-t-elle la compréhension de la procédure ? Loin d’être garanti, l’accès à une information compréhensible, digeste, véridique et de confiance constitue un obstacle à l’accès aux soins (Jerman et al., 2017; Homaifar et al., 2017; Kavanaugh et al., 2019). Plus encore, cette information ne peut être détachée du contexte socio-culturel et socio-politique dans lequel elle est produite (5.3). Alors que les débats législatifs se multiplient et que de nouvelles lois encadrant la santé reproductive sont adoptées chaque année, l’information sur l’accès à l’avortement n’est plus strictement médical, mais de plus en plus politique.

#### 5.1 « Go figure it out on your own » : l’accès à l’information sur l’avortement en personne et en ligne

L’accès à l’information sur l’avortement est à la fois intimement lié au positionnement géographique et déterritorialisé, deux dynamiques opposées influençant la disponibilité de l’information. Dans un premier temps, l’information en personne est territorialisée, renforçant l’influence du positionnement géographique sur la facilité à obtenir de l’information. Toutefois, l’évolution des méthodes de communication et le développement de nouvelles sources

d'information ont entraîné une déterritorialisation de l'accès à l'information – sans toutefois éliminer les barrières à l'accès. La section qui suit aborde la perception de la disponibilité et l'accessibilité de l'information en personne et en ligne, soulignant les défis affectant la perception d'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines. Si plusieurs études portant sur l'accès à l'information abordent les expériences de patientes se déplaçant vers un autre État pour obtenir la procédure (voir notamment Kavanaugh et al. 2019; Jerman et al., 2017), la section qui suit aborde les dynamiques d'accès à l'information pour l'ensemble des femmes, indépendamment de si elles choisissent ou non un avortement ou peu importe le lieu d'accès au service. En effet, l'accès à l'information est déterminant pour toute personne faisant face à une grossesse non désirée; il permet de prendre une décision éclairée à propos de l'avortement.

5.1.1 La disponibilité de l'information en personne : éducation sexuelle et ressources médicales

Obtenir un avortement nécessite divers niveaux de connaissance et d'accès à l'information. Cela nécessite d'avoir un minimum de connaissance sur la procédure afin de faire un choix éclairé, puis de connaître minimalement une clinique où il est possible d'obtenir la procédure. Ensuite, la connaissance de ressources supplémentaires – aide financière, soutien psychologique, etc. – peut faciliter la prise de décision et éliminer des barrières à l'accès. Or, ces connaissances ne sont pas garanties et universellement partagées. En effet, la disponibilité de l'information est territorialisée au sens où les États contrôlent une part de l'information accessible aux citoyennes, notamment par les programmes d'éducation sexuelle et les lois obligeant les cliniques à transférer aux patientes des documents rédigés par les autorités de l'État.

D'abord, au niveau de l'éducation sexuelle, chaque État peut établir le curriculum enseigné, incluant la priorisation de certains aspects de la santé sexuelle et reproductive. Conséquemment, deux tendances se dessinent aux États-Unis : les États adoptant une approche d'abstinence

(« Abstinence-Only Education » ou « Abstinence-"Plus" Education »<sup>39</sup>) et ceux adoptant une approche complète (« Comprehensive Sex Education »). Si les programmes adoptant une approche complète se basent sur des informations médicales et abordent la santé reproductive et sexuelle à la fois biologiquement et socialement, ces programmes n'incluent pas nécessairement de discussions sur l'avortement.

**Tableau 5.1 Programmes d'éducation à la sexualité dans les États étudiés**

État	Type d'enseignement	Participation	Obligation d'enseignement
Californie	Approche complète	Option de se retirer (opt-out)	Oui (VIH & éducation sexuelle)
New York	Abstinence « plus » <sup>1</sup>	Option de se retirer (opt-out)	Uniquement VIH
Pennsylvanie	Abstinence « plus » <sup>2</sup>	Option de se retirer (opt-out)	Uniquement VIH
Texas	Abstinence « plus »	Doit s'inscrire (opt-in)	Non

<sup>1</sup> L'État de New York exige la valorisation de l'abstinence, mais d'autres aspects de la santé reproductive et sexuelle peuvent être enseignés. Un projet de loi a été introduit à la législature de l'État afin de rendre obligatoire un enseignement suivant l'approche complète, mais le projet n'a pas été adopté.

<sup>2</sup> La Pennsylvanie n'exige pas l'éducation sexuelle, mais si un district décide d'ajouter l'enseignement au programme, l'abstinence doit être valorisée. D'autres aspects de l'éducation sexuelle peuvent être enseignés.

La variation dans l'éducation sexuelle engendre des connaissances inégales des services en santé reproductive et sexuelle. Ainsi, parmi les participantes résidant au Texas, plusieurs ont mentionné l'éducation sexuelle déficiente à l'école comme barrière à l'accès à l'avortement. Comme l'explique une des participantes à notre étude:

Hum you know more Texas I think it would be sexual education like sex-ed (pause) hum it's not something you talk about, you know in eight-grade where they teach about your period and you know things like that you know it's not oh this is, this is a choice that you have, this is how it's done and it's a choice that you have if you get to that point. (Camila, 23 ans, Texas)

<sup>39</sup> Si les programmes enseignant uniquement l'abstinence évacuent les discussions portant sur la contraception ou l'utilisation des condoms pour prévenir une grossesse ou les infections transmissibles sexuellement, les programmes « Abstinence-plus » incluent une présentation des méthodes de contraception, dont le condom, pour prévenir les grossesses et les ITSS (KFF, 2018)

Cette absence d'éducation sexuelle se transpose en barrière à l'accès à l'avortement en ce sens que cela renforce les tabous et contribue à un accès déficient à l'information quant à la procédure, tel qu'illustré par le témoignage d'Ava, qui a été à l'école secondaire au Texas :

I thought, you know I was also younger too, but even just education around it, school and sex-ed and stuff, they did not talk about that and if they did, it was like (pause) glazed over and also kind of have this stigma that it wasn't like an option you know hum so you know not knowing what it was, how it worked, hum the different types of abortion, like you can have a late-term abortion or whatever, I didn't know any of that. (Ava, 21 ans, Texas)

Plus largement, les barrières politiques et sociales à un programme d'éducation sexuelle complet et basé sur la science constituent des obstacles à une santé reproductive saine, affectant non seulement les connaissances sur l'avortement, mais également concernant la contraception, les bonnes pratiques sexuelles, le consentement et la grossesse. Cela peut se transposer en comportements sexuels problématiques, tel que dénoté par Lucidia, où l'absence de connaissance et le tabou s'entrecroisent, créant un déni et une peur de chercher l'information nécessaire à des pratiques sexuelles saines :

and then culturally I do see that even Mexican friends who are girls more than like a religious thing or a conservative thing it's just like they don't really, they're not that conscious of I could get pregnant like it's very more like Eh well like kinda risk it and I don't have a lot of information about it and also don't know where to get contraception or anything like this so I'm just gonna kind of wing it type of, and also there's a lot of, for example for STD testing I do know there's a lot, like I don't wanna know like I, I, it's just denial of like (pause) the, the chance of some positive, being positive to something is just too much cause there's also that stigma and that shame like if you have an STD you are a slut and like all of these (pause) wrong terms to use against women so yeah I think it's definitely a more culturally and religiously that it can come in different ways in terms of reproductive and sexual health. (Lucidia, 27 ans, Texas)

Or, même dans les États progressistes, le tabou entourant l'avortement a des conséquences sur l'éducation sexuelle, qui n'inclut pas nécessairement la question de l'avortement. En effet, les participantes en Californie ont souligné que, si l'avortement était mentionné, elles n'ont pas reçu une éducation sexuelle présentant la procédure comme un choix, une option ou un aspect de la santé reproductive et sexuelle. Pour Savina (27 ans, Californie), le tabou entourant l'avortement ne permet pas une discussion ouverte et complète dans le cursus éducatif, en raison notamment du possible ressac de la part des groupes opposés à une éducation sexuelle inclusive et non-axée sur l'abstinence. Dans les écoles où la discussion touche à l'avortement, certaines participantes ont souligné que seule l'organisation Planned Parenthood a été présentée comme option pour obtenir la procédure. Or, bien que Planned Parenthood ait de nombreuses cliniques en Californie, ce n'est pas la seule organisation offrant la procédure et cela peut fausser la perception d'accès. En effet, si une autre clinique est disponible à proximité, la patiente ne la trouvera peut-être pas si elle ne cherche qu'une clinique œuvrant sous la bannière de Planned Parenthood. Si cela est mieux qu'une absence de discussion sur l'avortement, pour Celestina (26 ans, Californie), ce n'est pas suffisant et cela ne lui donne pas l'impression d'être adéquatement outillée et informée pour prendre rendez-vous pour un avortement. À l'inverse, pour Lys (33 ans, Pennsylvanie), savoir que Planned Parenthood est un regroupement offrant la procédure lui permet d'être confiante qu'elle saurait où amorcer ses recherches en cas de besoin. Cette opinion est également partagée par Adriana (23 ans, Texas) qui souligne que dans le contexte socio-politique actuel, la visibilité de Planned Parenthood, et la certitude qu'il s'agit d'une « vraie » clinique, à savoir un endroit offrant réellement la procédure, est rassurant.

Pour certaines, tant dans les États ayant des programmes d'éducation sexuelle plus ouverts que dans les États plus conservateurs, l'accès à l'éducation universitaire constitue un tournant dans l'accès à l'information concernant l'avortement. Par exemple, pour Lucia, l'amorce de ses études universitaires lui a permis d'accéder à de nouvelles ressources pour répondre à ses besoins en matière de santé reproductive :

I mean at least in like high school hum there wasn't really much education about hum I guess like sex ed hum I mean what I experienced hum (silence) but like

now I college I realize that there was more resources for me and especially with the women's clinic and then having here at UT Austin hum videos and you know tele, telehealth conversations for people who also probably never experienced like that side of their health, at least women. (Lucia, 20 ans, Texas)

Si l'accès à l'information à l'université est bénéfique, cela arrive tardivement, plusieurs femmes ayant déjà une vie sexuelle active. C'est ce qu'explique Marcela :

I think yes, hum I hum I only became aware and like, I don't know, conscious about abortion services and clinics once I was like I don't know 23-24, and that was already well into my sex life, so I do think that the stigma prevents people from knowing where to go, from knowing what kind of services exists, yeah just lack of information again. (Marcela, 28 ans, Californie)

Ces sources d'information demeurent nécessaires, mais ne peuvent se substituer à une éducation sexuelle complète au moment où les jeunes amorcent leur vie sexuelle active.

Outre l'éducation sexuelle, l'information concernant l'avortement pourrait être obtenue auprès d'un.e médecin généraliste lors d'une consultation médicale. Or, le tabou entourant l'accès à l'avortement peut constituer une barrière pour la patiente, qui n'est pas nécessairement à l'aise de poser des questions sur cette procédure spécifiquement (Cohen et Joffe, 2020 : 69). Dans le cadre d'une étude portant sur l'accès à l'information des patientes de deux cliniques d'avortement à Chicago et New York, Godfrey et al. (2010) ont ainsi observé que seulement 25% des patientes ont consulté leur médecin de famille avant de se rendre à une clinique d'avortement. L'étude conclut que si une majorité de patientes préféreraient obtenir leur avortement auprès de leur clinique régulière, les patientes n'ont pas consulté de médecin généraliste concernant leur grossesse, de peur de ne pas être soutenues par le médecin ou d'être jugées advenant une décision de mettre un terme à une grossesse. En effet, le positionnement idéologique des médecins peut influencer leur propension à offrir l'information à leurs patientes : un sondage réalisé en 2007 auprès des médecins aux États-Unis note que seulement 71% des médecins opposés à l'avortement pour des raisons morales considèrent avoir l'obligation professionnelle de référer leur patiente à un.e autre

professionnel.le (Curlin et al., 2007). Cela peut avoir une incidence sur l'accès à l'avortement, particulièrement pour les femmes résidant en milieu rural (Homaifar et al., 2017 : 470) ou dans une région médicalement sous-desservie, où il est difficile, voire impossible d'avoir accès à un autre médecin. Plus encore, les recherches menées par Homaifar et al. auprès de médecins au Nebraska notent que 15% des professionnels sondés, en raison de leur opposition personnelle à l'avortement, tentent d'influencer la décision de la patiente et la détourner de l'avortement par le biais d'un délai de réponse voulu ou une pratique de dissuasion active (2017 : 474). Par exemple, l'étude souligne que certains médecins vont référer les patientes vers des « centres de crise » (« crisis pregnancy centers »), qui sont des regroupements souvent religieux dont la vocation est d'éviter qu'une patiente choisisse l'avortement, parfois en offrant des informations non scientifiques ou contraires à la médecine. De plus, les limitations d'accès à l'information peuvent également influencer le niveau de connaissance des médecins quant aux services disponibles et accessibles, et donc leur capacité à répondre aux questions des patientes à ce sujet.

Autre source d'information « en personne », l'entourage, la famille et les ami.e.s, peuvent influencer l'information obtenue sur l'accès à l'avortement, que ce soit par des discussions sur le sujet, l'éducation sexuelle à la maison, ou l'expérience d'autres personnes. Comme le remarque une participante :

hum since abortion prior to this [SB8] was pretty much hum allowed I think hum we, I think it's more of who you knew that knew how to get you to these places, or like what you personally knew to find these resources. I think a lot of it was just like are these people getting the information that they need. Like I hum went to college in Austin and like in the capital of Texas you would see all these organizations and all these reproductive health groups so I think in Austin I was more aware of all these different groups but back home in my small town I didn't really know anything outside of Planned Parenthood and, so I think it's just a matter of like who has what information. I don't know if that answers your question, I'm sorry. (Eva, 22 ans, Texas)

Ces expériences par personnes interposées peuvent être particulièrement déterminantes dans l'accès à l'information, plusieurs participantes mentionnant que le tabou entourant l'avortement les a longtemps privées de la connaissance de l'existence du service et des ressources pour obtenir de l'information. Ceci étant dit, pour certaines, comme Eva (22 ans, Texas), l'expérience d'amies ou de membres de la communauté lui ont permis de prendre connaissance et mieux connaître ces enjeux et de découvrir certaines ressources, dont Planned Parenthood. Ces ressources lui étaient auparavant inconnues en raison de l'influence d'une éducation religieuse l'ayant privée de cette connaissance.

Cette voie d'accès à l'information est toutefois limitée en raison du tabou entourant l'avortement, et dépend donc directement du niveau de connaissance de l'entourage d'une personne et de son ouverture à discuter des enjeux de santé. En effet, lorsque questionnées à savoir si elles ont eu des discussions concernant la santé sexuelle et reproductive avec leurs parents, 50% des répondantes ont dit « oui » et 50% « non ». Pour celles n'ayant pas eu ce type de conversation avec leur famille, les impacts peuvent être particulièrement négatifs sur le plan de l'information et de l'accès. En effet, ne pas pouvoir discuter de ces questions avec ses proches peut accentuer la peur ou la honte liées aux tabous qui entourent déjà l'avortement. Cela peut ensuite se transposer en un accès difficile à l'information, celle-ci devant être trouvée indépendamment du réseau familial, voire en cachette. Le témoignage de Myrla (27 ans, New York) illustre bien cette situation. Confrontée à une possible grossesse alors qu'elle était adolescente, elle a dû chercher l'information nécessaire par elle-même, en cachant la situation à ses parents, ce qui l'a mené vers des méthodes d'avortement-maison dont l'efficacité et la sécurité ne sont pas prouvées. De plus, certaines participantes résidant au Texas et rencontrées après l'adoption de la loi SB8 dans cet État ont souligné qu'elles auraient peur de transmettre de l'information erronée à une amie leur demandant de l'aide et qu'elles ont également plus peur de discuter ouvertement de l'accès à l'avortement depuis que la loi SB8 permet de poursuivre toute personne ayant aidé ou ayant l'intention d'aider une femme à obtenir un avortement.

Peu importe les sources d'informations et la quantité d'information aisément accessible, les participantes soulignent également que l'accès à l'information en personne est difficile parce que celle-ci n'est pas suffisamment diffusée et publicisée :

and it was very hard for women to get access and to figure out how to get access to hum reproductive health and information and, and all of that in Philadelphia. (Rosalina, 33 ans, New York)

Eh fácilmente pero no hay mucha información a fuera como no hay mucha publicidad sobre esto. [Eh facilement mais il n'y a pas beaucoup d'information disponible, il n'y a pas beaucoup de publicité sur ça](Valeria, 29 ans, Californie)

Hum I would not know where to go if I wanted an abortion hum that's not something that I've needed so I have not looked into it (...) I know that I would have to do research. It's not just something that's announce like oh you can get an abortion here you know, it's, it's definitely not like that and so I would need to look into it. (Lys, 33 ans, Pennsylvanie)

Plus encore, la recherche d'information est un processus qui peut prendre du temps – et pour certaines, notamment celles ayant des moyens socio-économiques plus limités et qui tentent déjà de maximiser chaque heure, réserver du temps afin d'acquérir l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées concernant sa santé reproductive est un luxe simplement inaccessible, tel que souligné par Guadalupe :

Si hay informacion, si hay informacion porque lo ha visto pero (silence) pues es que tambien las personas, muchas personas no tienen el tiempo de, de, de estar este como atento, atento de, de ese tema pues porque tienen que trabajar mucho. [Oui il y a de l'information, oui il y a de l'information parce que je l'ai vue, mais (silence) bon, c'est aussi que les gens, beaucoup de gens n'ont pas le temps de, de, d'être, bon, comme attentifs, attentifs à, à cette question parce qu'ils doivent travailler beaucoup.] (Guadalupe, 35 ans, Californie)

Les femmes perçoivent ainsi que la santé reproductive est considérée comme découlant d'une responsabilité individuelle, socialement attribuée aux femmes, contrairement à l'idée renvoyée par

le terme « planification familiale ». Plutôt qu'une connaissance disséminée à toutes et ancrée dans un discours de soins de santé, l'information concernant la santé reproductive – et plus spécifiquement l'avortement – les participantes perçoivent un discours de responsabilité individuelle où l'État se désengage et les individus doivent acquérir l'information par elles-mêmes. Cette perception est ainsi résumée par Valentina (33 ans, Pennsylvanie) : « you're handed a pamphlet and kind of like, go figure out on your own ». En effet, certaines participantes ont l'impression qu'il faut déjà avoir l'information, savoir à qui demander et quoi chercher afin d'obtenir un avortement.

L'enjeu de l'accès à l'information a également un impact sur les réseaux informels, tel ceux permettant un accès à l'avortement par médication hors des cliniques. Par exemple, lors d'un entretien, une employée de la clinique Whole Woman's Health à McAllen a confirmé qu'un réseau permettant l'envoi par la poste de la médication nécessaire à un avortement existe dans la région, mais dépend d'un partage de l'information :

During our discussion, the employee confirmed that an abortion-by-mail network does exist in the Rio Grande Valley, but it is very internal. There is a “knowledge share” discussion and some publicly available information, and access is either through mail or at specific booths during the flea market (Notes d'entretien, Whole Woman's Health Clinic, février 2019)

Par contre, cela reste une connaissance limitée, inaccessible à plusieurs, notamment en raison du tabou entourant ces discussions, et, dans le cas du Texas, de la peur accrue par le climat politique actuel, de discuter de ces enjeux et d'être poursuivie pour avoir aidé une autre personne à obtenir un avortement.

Ces difficultés d'accès à l'information et l'absence d'une éducation sexuelle complète se transposent en entraves à l'accès à l'avortement tant au niveau de la confirmation de la grossesse que pour trouver une clinique, tel qu'illustré par le témoignage de Lara, qui a mené sa grossesse à terme, mais qui a eu de la difficulté à déterminer si elle était enceinte ou non initialement :

hum another thing that was kind of difficult was you know just even booking an appointment, figuring out how to find out that I was pregnant I ended up going to hum my university health center to find, to get a pregnancy test and get hum the information about pregnancy there hum so as a young person it was (pause) difficult to get access to care.(Lara, 39 ans, Texas)

Dans un contexte où de nombreux États interdisent l'avortement après un certain nombre de semaines de grossesse, ces difficultés d'accès à l'information peuvent devenir un enjeu déterminant dans l'accès ou non à la procédure dans son État de résidence. Cela s'ajoute à un autre enjeu de connaissance des ressources qui existent indépendamment des limitations imposées par l'État : savoir où se trouve la ressource à proximité de son domicile. Les participantes à la présente étude ont été invitées à répondre à la question suivante : « À quelle distance approximative de votre domicile se trouve la clinique la plus proche offrant des services d'avortement ? ». Près de 50% des participantes ont répondu ne pas savoir où se trouve la clinique d'avortement la plus près de chez-elles (voir Tableau 5.2). De plus, il y a généralement une perception que les cliniques sont plus loin qu'elles ne le sont réellement, une perception qui peut être influencée, dans certaines régions, par la fluctuation de l'accès en raison de l'ouverture et la fermeture de cliniques selon les ressources disponibles. Ce phénomène peut être illustré par le cas d'El Paso au Texas, où l'offre de service de la clinique locale de Planned Parenthood a fortement fluctué dans les dernières années. Après une fermeture prolongée, la clinique a réouvert ses portes à l'hiver 2019, offrant une seconde option aux résidentes de cette ville frontalière quant à leur santé reproductive et les soins d'avortement. Toutefois, la pandémie de COVID-19 et les directives texanes quant au caractère non-essentiel de la procédure a mené à une interruption temporaire des services, qui s'est prolongée jusqu'à 2021. La clinique reprend alors son offre de service lié à l'avortement, jusqu'à l'entrée en vigueur en septembre, de la loi SB8. Cette situation est source de confusion pour les femmes résidant dans la région, car elle ajoute à l'incertitude quant à l'accessibilité de la procédure.

**Tableau 5.2 Perception de proximité d'une clinique d'avortement par rapport à la proximité réelle des cliniques<sup>40</sup>**

Distance	Réponses des participantes à la question « À quelle distance approximative de votre domicile se trouve la clinique la plus proche offrant des services d'avortement ? »	Distance réelle de la clinique la plus près du domicile des participantes, en 2021
<b>Californie</b>		
0-15.5 miles	13	27
15.5-31 miles	4	
32-50 miles	2	
51-81 miles		
82-120 miles		
Plus de 120 miles		
Ne sait pas	8	
<b>New York</b>		
0-15.5 miles	4	7
15.5-31 miles	1	1
32-50 miles		
51-81 miles		
82-120 miles		
Plus de 120 miles		
Ne sait pas	2	
Sans réponse	1	
<b>Pennsylvanie</b>		
0-15.5 miles	1	8
15.5-31 miles	2	1
32-50 miles		
51-81 miles		2
82-120 miles	1	1
Plus de 120 miles		
Ne sait pas	5	
Sans réponse	1	
<b>Texas</b>		
0-15.5 miles	10	24
15.5-31 miles		3
32-50 miles		4
51-81 miles		5
82-120 miles		1
Plus de 120 miles	2	0
Ne sait pas	25	

<sup>40</sup> Le présent tableau s'appuie sur des données récoltées au moment de la complétion des entretiens semi-dirigés en mars 2022. Le calcul de la distance entre le domicile et la clinique la plus près s'appuie sur la disponibilité des services en mars 2022, et n'illustre pas les différences entre les services offerts. Pour un tableau plus complet de la distance entre les participantes et les cliniques selon les services offerts (avortement par médicament ou chirurgical, avortement au point de viabilité, avortement sans période d'attente), voir Annexe 8. Pour le Texas, la distance a été calculée après l'implantation de SB8 et illustre donc la disponibilité de l'avortement jusqu'à la 6<sup>e</sup> semaine de grossesse.

### 5.1.2 « There's Google » : accéder à l'information et les obstacles à la littéracie en ligne

Au-delà de l'information accessible en personne, il est possible d'obtenir de plus en plus d'information et de services médicaux en ligne. Certains États autorisent les consultations par télémédecine pour l'avortement par médication, des sites web regroupent les ressources (organismes offrant une aide financière, liste de cliniques à proximité, etc.) accessibles aux patientes, des groupes de solidarité se forment en ligne... Les sources d'information et d'aide en ligne se multiplient, entraînant une déterritorialisation de l'information tout en démultipliant les sources d'information accessibles indépendamment du positionnement géographique. Ainsi, lorsque questionnées quant à la disponibilité de l'information, plusieurs participantes ont souligné qu'avec la transposition de nombreuses ressources en ligne, elles n'ont pas l'impression de ne pas avoir accès à l'information, mais plutôt qu'elles ne se sentent pas nécessairement outillées pour bien chercher cette information :

Hum, it's hard to say that there's a lack of information available 'cause like in the sense, like (pause) there's Google (laughs) and so you can always search. I think it's a matter of (pause) realizing what you have to search and so like right there's always a wealth of information about anything you want but it's just like where do I start and how do I invest the time to be able to search for these things so I think that's the, really the bottom line. (Savina, 27 ans, Californie)

Ainsi, si Internet permet d'outrepasser les barrières physiques à l'accès à l'information, la transposition des ressources informatives en ligne ajoute de nouvelles barrières à l'accès, notamment pour celles qui n'ont pas accès à Internet ou qui n'ont pas les connaissances requises pour naviguer le web et accéder aux diverses sources d'information en ligne. Comme notre étude s'est déroulée en ligne, aucune des participantes n'avait d'enjeu de littéracie en ligne. Toutefois, plusieurs études ont prouvé la sous-utilisation des services de santé en ligne au sein de la population latino-américaine (voir notamment Chavarria et al., 2022; Bussert-Webb et Henry, 2016), notamment chez celles et ceux ayant un faible niveau de compréhension de l'anglais (Millar et al., 2020).

De plus, l'accès à l'information nécessite un accès à un ordinateur ou à un téléphone intelligent connecté à Internet. Or, un écart d'accès, nommé le « digital divide » persiste aux États-Unis

(Cohron, 2015), alors que l'accès à Internet et/ou à un ordinateur, une tablette ou un téléphone intelligent dépend du milieu de vie (ruralité versus urbanité), du statut socio-économique et de l'origine ethnoculturelle. En effet, les communautés moins nanties, les minorités ethnoculturelles (Kim et Padilla, 2020; Thompson, A. et al. 2021; Chakraborty et Bosman, 2005) et les communautés rurales ont un accès moindre à Internet et aux infrastructures nécessaires à un accès fiable et continu (Lawton, 2021; Vogels, 2021). Cette problématique a des implications directes sur l'accès aux soins de santé (Saeed et MacRae Masters, 2021), et à l'information pour accéder aux soins, notamment dans un contexte où la médecine en ligne (« telehealth ») est en augmentation suite à la transition en ligne de certains services accélérée par la pandémie de COVID-19 (Chang et al., 2021; Clare, 2021). Sur le plan de la santé reproductive, ces disparités peuvent affecter l'accès à l'avortement par médication (Thompson, A. et al. 2021) dans les États où la télémédecine est permise. De plus, dans un contexte de restrictions grandissantes du droit à l'avortement et de l'accessibilité de la procédure, les réseaux souterrains d'avortement se multiplient, permettant aux personnes enceintes de contourner ces restrictions. Or, nombre de ces réseaux sont en ligne, tant au niveau des ressources ouvertement accessibles, comme le répertoire Plan C, ou les sites tels Aid Access ou Abortion on Demand, que des ressources moins connues, comme les réseaux d'entraide organisés sur WhatsApp ou Messenger. L'information concernant la disponibilité des pilules d'avortement, ou la possibilité de les acheter en vente libre au Mexique, passe aussi souvent par Internet. Une absence d'accès aux infrastructures nécessaires constitue donc un obstacle concret à l'accès à l'information, nonobstant la littéracie en ligne.

Finalement, la transposition de l'information en ligne s'accompagne également de risques accrus par l'augmentation de la surveillance électronique et la criminalisation de l'avortement-maison – et de l'avortement advenant un renversement de *Roe v. Wade* – accentuant les appels des experts à une meilleure littéracie en ligne et une meilleure éducation quant aux bonnes pratiques en ligne (Korn et Duffy, 2022). En effet, les experts en droit digitaux craignent que, dans les États ayant des lois restrictives en matière de santé reproductive, les données digitales, comme les historiques de recherches, l'historique de positionnement géographique, les courriels, les messages textes et autres, puissent être utilisés contre une patiente ou quelqu'un.e ayant aidé une patiente à obtenir un avortement lors d'enquêtes criminelles (Klibanoff, 2022b) : « America is a much different place

today than in the pre-Roe era: Because of the pervasiveness of the Internet and mobile technology, people today share vast troves of data about themselves – whether they realize it or not – opening the door to significant surveillance » (Korn et Duffy, 2022). Pour Elisabeth Smith du Center for Reproductive Rights, les conséquences de cette surveillance accrue affecteront plus particulièrement les femmes racisées (Korn et Duffy, 2022).

Pour les personnes ayant accès à l'information en ligne, contrairement à l'accès à l'information en personne, la quantité d'information disponible est infinie, pouvant mener les patientes à se sentir submergées. C'est ce qu'explique Myrla qui, lors d'une possible grossesse non désirée lorsqu'elle était adolescente, s'est sentie submergée dans un flot d'information qui ne l'aidait pas à comprendre clairement et rapidement les services à sa disposition :

I think there was a lot...there was a lot of information. But because I was so young and I was so scared to tell anyone it was hard to access you know the things I had researched about. So like even try to go to a Planned Parenthood to see if I was pregnant or not, I couldn't even figure out how to do that without my parents questioning why I was going there hum so there was a lot of information I just, I was too scared to access it. (Myrla, 27 ans, New York)

L'enjeu de l'accès à l'information est également prépondérant pour les mineures qui résident dans les États imposant une autorisation parentale. En effet, les obstacles à l'information peuvent affecter la perception des mineures qui ne sont pas familières avec cette exigence – et avec la possibilité d'obtenir une exception par le biais d'un processus judiciaire.

Ainsi, si l'augmentation de l'information sur l'avortement disponible en ligne rend celle-ci plus accessible en théorie, en pratique, la quantité d'information disponible, la confusion entre information médicale et débat politique et le temps requis pour trouver l'information sont autant d'obstacles entravant l'accessibilité à la connaissance à propos de l'avortement. En effet, certaines participantes, comme Camila, qui réside au Texas, ont souligné que la recherche d'information sur

l'avortement survient généralement lorsqu'une femme – ou quelqu'un de son entourage – doit prendre une décision par rapport à une grossesse non désirée :

You know hum I feel like I only found out about it when my friends were going through it. And you know you start google searching and that's like your true education is like (pause) what, what happens next, it's not something that you're like, readily available for you, you know like "oh if I need this one day" hum no it's like "oh I need this now". (Camila, 23 ans, Texas)

Conséquemment, le temps est compté, et les recherches doivent permettre de prendre une décision éclairée et d'agir rapidement. Dans ce contexte, l'information recherchée n'est pas d'ordre politique ou activiste, mais vise plutôt l'obtention des informations nécessaires à l'accès immédiat à la procédure. De plus, tel qu'illustré par le témoignage de Carmen, la disponibilité de l'information ne signifie pas une accessibilité uniforme au pays :

I just say, when I said not so much at the amount of information I think it's there if you look for it, I just don't know that people know how to look for it. So it's the education of the person. I do believe it's out there (...) and I don't know if a lot of the immigrant women in particularly that have much lower economic resources and education have access to even a computer to be doing, you know to do all these things so. (Carmen, 51 ans, Texas)

En raison de la politisation de l'enjeu, il y a également une perception chez les participantes à notre étude, que l'information, tant en ligne qu'en personne, est teintée par le positionnement idéologique des regroupements diffusant celle-ci, et ce, autant par les cliniques que par les groupes anti-choix et pro-choix. En effet, la prédominance de Planned Parenthood, tant comme clinique que comme acteur social défendant le droit à l'avortement, peut, indirectement, contribuer à la perception que l'information diffusée par ce regroupement est teintée par ses objectifs politiques. Si Planned Parenthood est légalement constituée de deux entités – une branche activiste et une branche dédiée à la prestation de soins – l'organisation ne présente pas clairement cette distinction dans l'espace public. Une participante du Texas résume bien cette perception que, si l'information est disponible

en personne, elle est parfois inadéquate ou teintée par les considérations politiques et la volonté de convaincre, plutôt que simplement informative :

So if you are (pause) in contact with pro-choice organizations you're gonna get as you said too much information on it and it can get really confusing because it's not like kind of like straightforward but then if you're only following what comes from the government it's no information at all and there's no also no clear path of like this is what you do, this is what's legal hum if you have insurance, if it's covered like all of those things I at least have never received that type of information before and when I see organizations that are pro-choice, it's too much like it's always something that like we're discussing this part of the law, and this part and this community and it's just okay but I still need some like what do I do if I needed to go get an abortion, so I wouldn't know for example what to do. I think I would go to resources that would support me and I would identify those organizations but if I didn't know them I don't think I know, I would know what to do. (Lucidia, 27 ans, Texas)

Ainsi, tant du côté de l'information transmise par le biais des cours d'éducation sexuelle – lorsque ceux-ci sont disponibles – que du côté de l'information diffusée dans les communautés par les organismes pro-choix, il y a un manque quant à la clarté et la quantité d'information disponible. Les participantes perçoivent, d'un côté, que les cours d'éducation sexuelle sont incomplets, alors que les informations accessibles via les groupes de défense des droits reproductifs tendent vers l'activisme politique et les informations relatives aux lois proposées ou adoptées. Dans les deux cas, il y a un manque quant à une information claire, limpide et complète quant aux services disponibles. Dans le cadre de notre étude, nous avons mesuré l'accès à l'information par le biais d'une question portant sur la connaissance de différentes sources d'information et d'aide à l'accès à l'avortement (voir Tableau 5.3). Si la majorité des participantes, indépendamment leur État de résidence, peuvent compter sur un.e ami.e ou membre de la famille afin de leur offrir du soutien (logistique ou émotionnel) dans leur démarche, la connaissance d'autres ressources est faible, et une distinction est visible entre les États du Nord et ceux du Sud. Environ la moitié des participantes disent connaître une clinique offrant l'avortement, sauf au Texas, où seulement 32.4% des participantes ont répondu à l'affirmative. Cette donnée doit toutefois être remise en contexte : la plupart des sondages – et la quasi-totalité des entretiens semi-dirigés – s'inscrivent dans le contexte de l'implantation de la loi SB8 et de l'interdiction de l'avortement après la 6<sup>e</sup> semaine de grossesse,

ce qui a pu influencer la perception d'accessibilité des participantes et leur connaissance d'une clinique offrant effectivement la procédure. À l'exception des résidentes de la Pennsylvanie, environ la moitié des participantes à notre étude ne connaissent pas de ressources pouvant les guider à travers les étapes pour accéder à l'avortement. Sur le plan financier, l'accès à l'information concernant les ressources pouvant soutenir les patientes sont plutôt méconnues : moins du tiers des participantes dans chaque État connaît une organisation pouvant lui offrir une aide financière. Le pourcentage est d'autant plus faible dans les États du Sud (14.8% en Californie; 10.8% au Texas). Sur cet aspect, les participantes ont également été invitées à répondre à une question plus spécifique, à savoir si elles connaissaient, avant de répondre au questionnaire, ce que sont les fonds d'avortement (« abortion funds »)<sup>41</sup>. Les réponses soulèvent des questionnements quant à l'information accessible et la façon dont elle est reçue par les femmes. En effet, en Californie et au Texas, les participantes disant connaître les fonds d'avortement (29.6% et 40.5% respectivement) étaient plus nombreuses que celles se disant familières avec les ressources offrant une aide financière. Or, les ressources offrant un soutien financier sont ces fonds d'avortement, qui sont des organisations dont la vocation est d'offrir un soutien financier et logistique aux femmes désirant obtenir un avortement, mais n'ayant pas les moyens nécessaires pour couvrir les frais de la procédure ou du déplacement pour se rendre à une clinique. Il semble ainsi y avoir une problématique de message qui affecte la compréhension du rôle des fonds d'avortement et les opportunités de soutien financier disponibles. À l'inverse, dans l'État de New York, 37.5% des participantes ont dit connaître une ressource d'aide financière, mais seulement une participante sur quatre connaît les fonds d'avortement. En Pennsylvanie, le pourcentage de participantes connaissant les fonds d'avortement (40%) est similaire à celui des participantes connaissant une ressource financière (30%), mais demeure plus élevé.

---

<sup>41</sup> Libellé complet de la question dans la version anglaise du questionnaire : « Have you ever heard of abortion funds prior to this survey? Abortion funds are non-profits organization that provide financial resources for women to help them access care. »

**Tableau 5.3 Pourcentage de participantes disant connaître diverses ressources favorisant un accès à l’avortement selon l’État de résidence**

	Si vous vouliez obtenir un avortement, connaissez-vous...				
	Une clinique ?	Une ressource pour vous guider dans les étapes?	Un.e ami.e ou membre de la famille qui vous soutiendrait?	Une organisation offrant une aide financière?	D’autres ressources pouvant vous aider ?
Californie	55.6%	51.9%	63%	14.8%	37%
New York	62.5%	50%	75%	37.5%	50%
Pennsylvanie	50%	70%	80%	30%	60%
Texas	32.4%	43.2%	78.4%	10.8%	29.7%

L’accès à l’information est donc une composante nécessaire et essentielle de l’accès à l’avortement, mais en raison de l’influence des débats politiques et de l’idéologie dans l’établissement des programmes d’éducation sexuelle, il y a une perception, chez les participantes, d’accès inégal à l’information. Si pour Paloma (55 ans, Californie), la connaissance sur les questions de santé reproductive et sexuelle devrait être accessible et transmise également à toutes les femmes en âge reproductif, la réalité est plutôt différente : des liens de causalité directs existent entre l’obtention d’une éducation universitaire, la littéracie en ligne, la capacité de trouver et comprendre une information complète et pertinente, et l’accès à l’avortement. Toutefois, même l’obtention d’un diplôme universitaire n’est pas garant d’une connaissance des services d’avortement, tel qu’illustré par l’expérience de Lys, qui réside à Philadelphie depuis sa naissance et qui est détentrice d’une maîtrise :

I went to public school for a portion of my upbringing so you know (pause) I don’t know the experience of someone who’s gone to public school for high school but I feel like, I should, I feel like I should know where, where I could get an abortion just by having grown up in Pennsylvania my entire life in Philadelphia. It’s not like I’m, you know, in a rural area so, so yeah I think, I think it’s, it’s a bad thing regardless of me having been very sheltered. I (laughs) I can see that I have been sheltered, but I feel like I should, at least know where to go. (Lys, 33 ans, Pennsylvanie)

Tout comme le statut socio-économique et l’accessibilité financière à l’avortement, l’accès à l’information peut être déterminant dans l’accès ou non à la procédure. Ces deux éléments seraient

d'autant plus significatifs dans un contexte post-renversement de *Roe v. Wade* : les auteur.rice.s du Turnaway Study estiment qu'entre un quart et un tiers des femmes vont devoir mener à terme une grossesse non désirée, parce qu'elles n'ont pas accès aux moyens financiers ou à une information exhaustive quant à l'accès à l'avortement dans un autre État et/ou les moyens alternatifs d'obtenir la procédure (par exemple, la médication en ligne) (Greene Foster, 2020 : 288).

\*\*\*

Les tabous entourant l'accès à l'avortement – et les incertitudes découlant de ceux-ci – constituent des obstacles à l'information qui perdurent et transcendent le mode de transmission de l'information. En personne comme en ligne, il y a une incertitude quant à ce qu'il faut chercher, quelles informations demander et à qui adresser ces questionnements, une problématique résumée par Ava : « the access is, it has changed, but it, it, I feel like this underlying of where it's not easily accessible has stayed constant » (Ava, 21 ans, Texas). Plus encore, le tabou entourant l'avortement peut avoir une incidence sur la propension des femmes à chercher l'information ou poser les questions nécessaires, créant en quelque sorte un obstacle supplémentaire à l'accès à l'avortement qui est à la fois structurel et individuel :

I really feel like (pause) the shame and stigma prevent people from being able to (pause) navigate information or even search out information hum because if you have a lot of shame and stigma around abortion and you're needing one then you're not gonna reach out to people to help you look for care. (Lara, 39 ans, Texas)

Pour Alba (36 ans, New York), cette peur internalisée est plus présente au sein de la communauté latino-américaine en raison de la prédominance de ce tabou entourant la santé reproductive et sexuelle. Pour elle, la peur de poser des questions est ancrée dans la méfiance culturelle face à de tels enjeux et les discussions touchant à ceux-ci. Ainsi, si la procédure est perçue comme assez accessible par les participantes, les obstacles à l'accès à l'information constituent un barrage à l'accès ou, pour reprendre les mots de Paloma (55 ans, Californie), l'option existe, mais nous sommes encore loin d'une connaissance commune pour toutes les femmes qui rendrait la procédure réellement accessible.

## 5.2 « Las claves verdad » : Comprendre l'information et l'importance d'une bonne traduction

Accéder à l'information constitue un élément central de l'accès à l'avortement – et une absence d'accès peut se transposer en obstacles supplémentaires à la connaissance des services disponibles et influencer la perception de l'accès à la procédure. Or, la capacité d'obtenir l'information n'est pas synonyme d'une compréhension de celle-ci, et donc ne signifie par une transposition assurée en une connaissance permettant de faciliter l'accès à l'avortement. Si le niveau d'éducation est souvent abordé dans des termes économiques, à savoir qu'un niveau plus élevé d'éducation est souvent synonyme d'un revenu plus élevé et donc d'une diminution des obstacles à l'accès à l'avortement, la présente section aborde l'éducation à travers l'angle de la langue, les outils de compréhension de l'information et la capacité d'autoreprésentation dans un contexte médical.

### 5.2.1 La langue, l'accès à l'information et le niveau d'éducation

En plus des défis rencontrés lors de la recherche et de la collecte d'informations sur l'accès à l'avortement, les femmes sont également confrontées à divers défis lorsque vient le temps de décrypter les informations et identifier les différentes étapes d'accès aux soins dans leur État de résidence - ou dans d'autres États pour celles qui tentent d'accéder aux soins au-delà des frontières de leur État. En effet, le niveau de compréhension de l'anglais, la disponibilité de l'information en espagnol, le niveau d'éducation et le contenu des sources d'information peuvent influencer la compréhension de l'information trouvée et la capacité à accéder aux soins.

D'abord, sur le plan de la langue, lorsqu'abordée comme un déterminant social de l'accès aux soins, l'absence d'une langue commune entre les patientes et les organisations (publiques ou privées) et individus produisant et diffusant l'information mène à un partage limité de l'information, ce qui affecte directement l'accès aux soins : « limited access curtails the patient's ability to obtain information that is critical for understanding their condition, its symptoms, its treatment, and risk factors that can aggravate it. Limited access to information is perhaps the most obvious adverse effect of language barriers, and it is a significant factor in the relationship between language and

health. In Latino populations, the negative impacts of limited access to information have led to tragic consequences. » (Martinez, 2020 : 6). Dans le cadre de la présente étude, les participantes sont majoritairement bilingues (anglais et espagnol), mais certaines sont unilingues hispanophones. Lorsque questionnées quant à la disponibilité de l'information et la facilité à trouver de l'information en anglais et en espagnol, celles-ci n'ont pas noté une différence marquée, mais plutôt un manque d'information dans les deux langues :

(silence) Hay en barrios en los dos idiomas, solo que la información no esta la vista fácilmente, no esta accesible como no vas caminando y ves una publicidad sobre eso. [(silence) Il y en a dans les quartiers dans les deux langues, seulement l'information n'est pas facilement visible, elle n'est pas accessible parce qu'on ne va pas marcher et voir une publicité à ce sujet] (Valeria, 29 ans, Californie)

Par contre, Valeria note qu'il y a un manque d'information destiné spécifiquement aux communautés immigrantes dans leur langue d'origine afin d'assurer une compréhension de l'accessibilité du service, à savoir que c'est une procédure légale et que certains services de santé reproductive peuvent être accessibles gratuitement. Cette perspective est partagée par Guadalupe (35 ans, Californie), qui souligne les difficultés à obtenir l'information de base nécessaire pour poser les questions plus spécifiques sur l'avortement. De plus, Alba, qui réside à New York et qui est bilingue, souligne les problèmes de traduction des informations concernant la santé reproductive et sexuelle :

Si, la informacion, te vas a encontrar mucho informacion pero es eh es, es la misma cantidad y tambien visto muchos mensajes, yo no tengo experiencia en lo que es public health tambien, en, en la area eh de, del Village pues enfermeras de salud de, de enfermeras de transmision sexual y entonces encuentra mucha informacion que es traducida al español por ejemplo pero no es traducida para que una persona que habla español lo entienda no es traducida (laughs) y que hace la diferencia no. Por ejemplo, encontraba, encontrado un material donde dice eh free, eh free HIV test, en español, eh en inglés y en español ponen libre eh y no es libre, es gratis. Pues una persona no entiende no, eh, eh parece, parece como es, es muy extremista pero esta pasado asi. Lo encontrado estos mensajes. [Oui, l'information sur va en trouver beaucoup mais c'est, eh, c'est la même quantité et aussi j'ai vu beaucoup de messages, je n'ai pas d'expérience sur ce qu'est la santé publique aussi, dans, dans les zones eh, de, du Village, hum les infirmières de santé de, de maladies transmissibles sexuellement et donc tu trouve beaucoup d'informations qui sont traduites en espagnol par exemple, mais qui ne sont pas traduites pour qu'une personne qui parle espagnol les comprennent (rires) et ça fait une différence, non. Par exemple, j'ai trouvé, trouvé une publicité où on disait eh

gratuit eh test VIH gratuit, en espagnol, eh en anglais et en espagnol ils ont mis libre eh ce n'est pas libre (libre), c'est gratuit (gratis). Donc une personne ne comprend pas, non, eh, eh, ça semble, ça semble comme, très extrême, mais ça s'est passé ainsi. J'ai trouvé ces messages] (Alba, 36 ans, New York)

L'information est donc disponible, accessible, mais le message n'est pas adéquatement reçu en raison d'un enjeu de traduction.

De plus, les participantes ayant complété l'entretien en espagnol étaient plus susceptibles que celles ayant participé à l'entretien en anglais de souligner un enjeu de compréhension de l'information auprès des populations hispanophones, tant au niveau de l'information diffusée par l'État que par les médias ou les groupes de défense du droit à l'avortement comme Planned Parenthood. Il y a ainsi une perception d'un manque de diffusion de l'information en espagnol entraînant des limitations de l'accès à une information pouvant être comprise par un groupe linguistique. Inversement, des études récentes, dont une menée par l'organisme NARAL Pro-Choice America, notent une augmentation de la désinformation en langue espagnole sur les questions d'avortement à travers trois médiums. D'abord, les messages de groupes anti-choix anglophones sont repris et traduits sur les réseaux sociaux, notamment afin de diffuser de fausses informations concernant les risques accrus de cancer du sein, d'infertilité et de dépression après un avortement (NARAL, 2022 : 2). Alors que 72% des Latino/a/s utilisent Facebook, l'absence de vérification et de contrôle des messages erronés sur cette plateforme constitue un réel enjeu à la dissémination d'une information médicalement fondée. Les discours anti-choix en espagnol sur les réseaux sociaux se distinguent également de leur contrepartie anglophone dans la mobilisation des références religieuses; dans les implications sociopolitiques d'une mobilisation de la question des féminicides; et dans les discours ancrés dans une vision traditionnelle de la famille (NARAL, 2022). Ensuite, dans les médias traditionnels, l'étude de NARAL dénote que les médias « mainstream », à savoir Telemundo, Univision et CNN en español, ne participent pas à la désinformation, contrairement aux médias associés à des regroupements religieux. Finalement, dans un contexte de campagne politique, les discours anti-choix en espagnol sont moins présents : lors de la campagne présidentielle de 2020, NARAL n'a identifié que huit publicités anti-choix en espagnol, soit quatre menées par la campagne présidentielle et quatre menées à des échelles plus locales. Par contre, si ces annonces

sont peu nombreuses, leur impact sur un accès à une information adéquate peut être réel, tel que le démontre l'exemple d'une publicité menée en Arizona par Mayra Rodriguez, activiste affiliée au regroupement anti-choix *And Then There Were None*, et qui vise spécifiquement les populations non documentées en défendant que *Planned Parenthood* les vise directement afin de les contraindre à mettre un terme à leur grossesse (Foley, 2021). Dans un contexte où l'accès à l'information en espagnol est difficile, la présence de ce mouvement en ligne – et sa croissance depuis juin 2022 (Chen, 2022) – constitue un enjeu pour l'accès à l'information et ajoute des défis supplémentaires dans un contexte où les communautés hispanophones ont moins accès à des outils de vérification des faits, surtout sur les réseaux sociaux et les plateformes de messagerie (Chen, 2022).

Il existe toutefois des disparités régionales dans l'accès aux services et aux informations en espagnol. Si les participantes résidant dans les États frontaliers du Sud – où la part de la population hispanique atteint près de 40% de la population totale des États – sont moins nombreuses à souligner des disparités dans l'information entre la version anglophone et espagnol, celles résidant au Nord dénotent plus de défis dans l'accès à l'information bilingue. Par exemple, une participante résidant en Pennsylvanie rurale estime que les services en espagnol sont difficilement accessibles et que cela peut constituer un obstacle substantiel pour la population latino-américaine de la région, principalement composée d'employé.e.s du secteur agro-alimentaire et agricole. Plus encore, tel que souligné par Selina, il y a une conception dominante que les personnes venant d'Amérique centrale et du Mexique parlent espagnol, mais qu'une part non négligeable des migrant.e.s nouvellement arrivé.e.s parlent des dialectes locaux ou des langues autochtones (Medina, 2019), ajoutant un défi supplémentaire à l'accès aux soins et/ou à un.e interprète :

Eh yes so I guess going back to the Latino farmworkers hum I feel like it would be much harder especially like hum Spanish linguistic barriers they probably won't be able to...well first of know what resources they have and second of like actually speak to a provider who will speak Spanish or say if they're Indigenous like it will be harder for them to even find someone who speaks their Indigenous language. (Selina, 23 ans, Pennsylvanie)

Ces disparités sont également présentes au sein des États entre les villes – ou quartiers – avec une plus grande proportion de la population parlant espagnol et les endroits où cette population est plus marginale :

hum not to mention there's language barriers. A lot of our undocumented people are Spanish-speaking only and so hum navigating, if you're in South Texas or along the border community, you can navigate your entire life without ever having to speak English right but if you (mumbled word) outside of this communities hum that becomes a language barrier for you so even just navigating eh speaking English outside of border communities is very difficult (Lara, 39 ans, Texas)

una porque, por el idioma no, la, la barrea del idioma y obviamente que en Nueva York hay muchos latinos pero tambien hay zonas especificas en las que nos concentramos mas y hay otras zonas que viven algunos y los accesos no son tan, tan diversos en cuento al lenguaje no. [Parce que, à cause de la langue, non, la barrière de la langue et évidemment qu'à New York, il y a beaucoup de Latinos, mais il y a aussi des zones spécifiques où nous sommes plus concentrés et d'autres zones où certaines personnes vivent et l'accès n'est pas aussi, aussi diversifié en termes de langue, non.] (Alba, 36 ans, New York)

Certains auteurs se penchant sur la langue et l'information dans un contexte de soins de santé proposent de s'allier à des organismes présents dans la communauté et ayant les ressources linguistiques adéquates pour permettre une diffusion de l'information (voir par exemple Caplan et Cordero, 2015). Or, plusieurs de ces organismes sont gérés par des organisations religieuses. Conséquemment, pour ce qui est des services de santé reproductive, puiser dans ces ressources, connexions et réseaux des organisations à vocation religieuse n'est pas une option en raison de leur position sur l'avortement – et parfois aussi sur la contraception. Cela a notamment été constaté à deux niveaux lors du terrain de recherche pour la présente recherche. D'une part, aucune organisation à vocation religieuse offrant une aide directe aux personnes migrantes ou étant active auprès de la communauté latino-américaine n'a accepté de diffuser le sondage auprès de leurs membres. Si certaines organisations n'ont pas donné de raisons expliquant leur décision, d'autres ont refusé en raison des questions portant sur l'avortement. D'autre part, lors de recherches pré-terrain à El Paso et Brownsville au Texas, des organismes ont refusé de répondre à des questions portant sur l'offre de soins de santé reproductive ou ont explicitement mentionné ne pas offrir de

références ou de ressources menant à des cliniques offrant la contraception, l'avortement ou autres soins de santé reproductive n'étant pas liés à la poursuite d'une grossesse.

Outre la disponibilité de l'information en espagnol, certaines participantes soulignent également l'enjeu de s'exprimer en espagnol une fois l'information décryptée. En effet, l'accès au service dans cette même langue est, dans certaines régions, limité et entraîne des défis supplémentaires. Cela implique soit de s'assurer qu'il y aura un.e interprète ou de trouver quelqu'un de confiance dans son entourage à qui il est possible de divulguer la décision de mettre un terme à une grossesse et recevoir l'aide de cette personne pour la traduction. Or, si la disponibilité des interprètes dans le domaine médical s'est améliorée depuis les années 1990 grâce à une prise de conscience de l'importance de ce service dans un contexte médical (Martinez, 2020 : 7), des disparités demeurent présentes, et le service n'est pas considéré par les participantes à l'étude comme une certitude. Ainsi, une étude de 2015 réalisée en Californie note qu'il n'y avait que 738 interprètes qualifiés pour 6.8 millions de résident.e.s ayant un niveau d'anglais limité (Gonzales, 2015). En 2010, l'adoption du *Affordable Care Act*, sous la présidence Obama, est importante, la section 1557 de la loi prévoit un meilleur accès aux soins pour les gens ayant un niveau d'anglais limité. Cela dit, la mesure demeure limitée aux assureurs et services faisant partie du programme (Martinez, 2020). Certaines participantes ont ainsi souligné avoir agi comme interprète pour un proche ou un.e ami.e dans un contexte médical. Les participantes soulignent toutefois le stress pouvant accompagner ce rôle de soutien : contrairement à d'autres contextes, la traduction dans un contexte médical peut être très technique et une erreur de traduction peut avoir des conséquences sérieuses pour la patiente. Cela peut avoir une incidence sur la propension de certaines personnes à accepter d'être traducteur.rice lors d'un rendez-vous médical, tel que soulevé par Paula :

Language barriers is a big, big one. I feel like most of my clients have told me they've never had a translator for anything medical and that is so concerning because I don't think that I'm equipped to translate all documents even though I'm fluent in Spanish and English hum and I can translate a little bit better now legal things, but I wouldn't feel comfortable translating medical, but it happens so much on an informal level with medical that it's very concerning and supports like why people don't get that access or get the proper options that could be better for them right. (Paula, 38 ans, Texas)

Inversement, Savina souligne que même les patientes s'exprimant en anglais peuvent être victimes de discrimination ou de limitation à l'accès liées à la langue ou à leur capacité à s'exprimer dans une langue ou une autre :

Hum (pause) I do think that it does hum in the case of Latina women I think that this will come across hum a lot of the times in an accent and so or how well they're able to speak English so like if someone doesn't feel comfortable, that, that comfortable speaking English a lot of the times they just won't want to go or hum sometimes there's medical bias against women who are, like not just women but like people who have an accent or can't speak English clearly where the doctor doesn't think that, think that that implies that they just don't understand or they don't (mumbled word) that they can't make decision about their own bodies and so I think that that plays a factor into it hum (pause) (Savina, 27 ans, Californie)

Cette observation de Savina souligne l'autre aspect de la langue dans l'accès aux soins : la dimension identitaire. Une langue est liée à une culture, à une identité ethnoculturelle (voir Chapitre 4) qui s'inscrit dans les réalités sociales d'un espace où les identités sont hiérarchisées et où les préjugés raciaux et ethniques influencent la perception de l'autre. Conséquemment, si la langue est un moyen d'affirmation de son identité, et de sa fierté ethnoculturelle, elle est également un marqueur identitaire pouvant devenir un obstacle à l'accès aux soins : « It is not enough to just have access to information. There is also a need to feel accepted and welcomed in the health care encounter. Lack of acceptance leads to mistrust between patients and providers and has the potential to override any gains realized through access. Lack of acceptance, moreover, shapes dispositions both on the provider and the patient side. » (Martinez, 2020 : 8). De plus, les soins de santé sont un domaine extrêmement personnel et intime, axé sur le corps. Des études (Molina et Kasper, 2019; Hsueh et al., 2021; Seale et al., 2022; Ranjan et al., 2020) démontrent qu'indépendamment de la langue maternelle, il est plus facile de s'exprimer dans celle-ci que dans une langue seconde, même lorsque celle-ci est parfaitement maîtrisée, et ce, surtout sur des enjeux aussi techniques que les questions de santé.

L'absence d'une uniformité d'accès à une information de qualité en espagnol entre les différentes régions des États-Unis, ainsi qu'une variation de l'accès à un service bilingue selon les différentes étapes et services de santé reproductive entraînent des difficultés à saisir les spécificités et

exigences d'un système de santé déjà marqué par les politiques changeantes et les particularités locales :

Hum I think they're readily available, I..I just think that navigating the systems you know not speaking English can be difficult if you know for example there are...I think there's a lot of information you know in different languages so you can access information and learn hum but when it actually comes to making the appointment is there someone that speaks your language and then you know do you have to take someone with you or is there an interpretive services like I think that's where the difficult part comes in cause it depends on, on each agency or provider to kind of think about those things (Myrla, 27 ans, New York)

Nonobstant la langue dans laquelle l'information est diffusée, il y a également une perception qu'une partie de l'information accessible est trop technique et pas assez digeste pour les gens qui cherchent cette information :

Right so at, at some point it just it might just get too technical so for someone (pause) that (pause) maybe needs clearer organization, clear information, hum doesn't have that education and the linguistics of it, I don't think it would be as straightforward and as clear and I think in those situations you have to have the clearest type of information right so yeah. (Lucidia, 27 ans, Texas)

En effet, l'accès à l'avortement est influencé par les lois en place dans l'État de résidence. Or, tel qu'explicité précédemment (voir Chapitre 3), ces lois sont changeantes, de nouvelles restrictions étant régulièrement proposées. Lorsqu'adoptées, ces nouvelles lois redessinent l'accès à l'avortement, poussant les résidentes à constamment réviser l'information acquise – sans nécessairement réussir à la déchiffrer et à clairement comprendre les paramètres d'accès ou les raisons derrière certaines étapes du processus. Par exemple, lorsque Valentina a voulu obtenir un avortement, elle savait qu'elle devait prendre deux rendez-vous (un premier de consultation et un second pour la procédure), mais elle ne comprenait pas complètement pourquoi ces deux rendez-vous étaient nécessaires :

I think the part that I didn't understand as clearly was just the timeline of it of like there's a certain number of days and certain number of hours that you have to like

confirm the pregnancy and then you can actually make an appointment and things like that. (Rosalina, 33 ans, Pennsylvanie)

Les recherches sur la littéracie médicale montrent cependant que la connaissance de l'anglais demeure le déterminant central : une personne hispanophone comprenant et parlant l'anglais a invariablement un niveau de littéracie médicale plus élevé qu'une personne hispanophone ne comprenant et ne parlant pas anglais (Jacobson et al., 2016).

Outre les informations concernant la procédure en tant que telle, les obstacles à la compréhension de l'information concernant l'avortement affectent également la compréhension des politiques d'assurance concernant la couverture de la procédure, ce qui peut influencer la capacité financière d'accéder à l'avortement. Cet enjeu, soulevé notamment par Rosalina, s'inscrit dans la littérature sur les enjeux économiques de l'accès à l'avortement et la problématique de la connaissance de la couverture d'assurance :

I was completely, and continue to be completely unaware of what, if, if at all hum the insurance system is supportive of it, if they provide any, anything towards it, I have no idea. (Rosalina, 33 ans, Pennsylvanie)

En effet, dans une étude sur l'accessibilité économique de la procédure, Jones et al. montrent que la majorité des participantes ayant une assurance maladie ne l'ont pas utilisée ou ne pouvaient pas l'utiliser pour couvrir la procédure : seulement 23% des participantes ont utilisé leur couverture d'assurance (16% par le biais de Medicaid et 9% d'une assurance privée) (2013 :e175).

L'accès à l'éducation est donc déterminant non seulement pour savoir chercher l'information, mais également la comprendre. En effet, les ressources informatives reposent parfois sur des formulations complexes, ou comportent des informations médicales ou des exigences gouvernementales difficiles à déchiffrer, même pour celles maîtrisant la langue :

Hum absolutely hum again you know I consider myself an educated person, I am good at figuring out paperwork and figuring out whatever and sometimes you just end up going somewhere and you're like I don't know, I didn't know I needed that paper, I didn't know I needed that form (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

Le niveau d'éducation des participantes à notre étude n'est pas représentatif de celui de la population latino-américaine en général, car il est plus élevé. Toutefois, elles sont nombreuses à avoir souligné cet avantage socio-économique lorsque questionnées quant à l'accès à l'information, soulignant les impacts positifs de leur parcours académique sur leur capacité à accéder à l'information et à la comprendre. Comme le souligne Rosalina :

I think education background has an, has a tremendous impact hum on access to information. It's that the information is out there, but government websites, or even non-profit websites, one they are hard to know that they exist and two it's hard to figure out how to even start searching for it, what is accurate information, hum and that becomes really hard if you're not in a culture of, of, of yourself or around people that are constantly like asking questions or like know somebody that know somebody that knows something about like this non-profit or this, like right, it makes it, it makes it very hard if you're not, if you don't (silence) (Rosalina, 33 ans, New York)

Plus encore, certaines participantes ont souligné que l'accès à une éducation universitaire leur a également permis de former de nouveaux cercles d'amitié avec des personnes avec lesquelles elles se sentaient à l'aise de discuter de questions liées à la santé reproductive. Cela leur aurait également permis de trouver un soutien pour faciliter l'accès à l'information et la compréhension de celle-ci :

I understand that I come from a very privileged position and with very privileged friends and so we have a lot of these conversations but everyone knows where to access things and everyone knows like where to go to and so it makes it (silence) it makes it much easier but it also identifies that we live in a really inequitable place for people to have access and have knowledge about reproductive rights hum. (Rosalina, 33 ans, New York)

De plus, selon le milieu éducatif et la discipline dans laquelle une personne étudie, le parcours universitaire peut également être source d'outils supplémentaires facilitant la compréhension de l'information ou influençant la perspective d'une personne concernant les informations reçues. Par

exemple, Eva, qui étudie au Texas, a eu des cours de biologie influençant sa perspective et sa compréhension des informations concernant les étapes biologiques d'une grossesse :

And then it wasn't until I got to college that you know you get out of your little home town bubble and you like find all those people with all these different experiences and you realize like no it's not just that like and then like also learning basic biology like what that, a foetus can't feel anything, like it, it doesn't know, it doesn't know what's happening, it doesn't know it exists, so just like knowing that and like also, trying to remember which I guess is really hard for some people to remember, to remember that there's an actual human being and you're talking about a hypothetical human being that can't even live on its own yet, so just learning like these basic things about, like basic biology about a foetus, a developing foetus, and then also like I said stepping into this myself. (Eva, 22 ans, Texas)

### 5.2.2 La capacité d'auto-représentation

La compréhension de l'information – indépendamment de la langue dans laquelle elle est produite et diffusée – influence la capacité d'autoreprésentation des patientes lorsqu'il est question de leur santé reproductive. Plusieurs participantes ont mentionné qu'elles avaient l'impression de devoir s'autoreprésenter et défendre leur position lorsqu'elles obtenaient des soins de santé reproductive, que ce soit pour s'assurer de l'obtention d'un service ou pour obtenir un traitement sans discrimination. Or, trois dynamiques liées à la compréhension de l'information peuvent influencer la capacité des patientes à s'autoreprésenter dans le cadre de consultations médicales liées à la procédure d'avortement.

D'abord, l'avortement est une procédure médicale ayant été politisée. Cette dynamique entraîne une double complexité de l'information : sur le plan médical et sur le plan politique. Accéder à une information médicale déchiffrée et présentée dans des termes accessibles permet aux patientes de comprendre la procédure et ses diverses étapes, alors qu'une information claire quant aux exigences liées aux lois en vigueur permet une connaissance de l'accès dans un espace donné. L'absence de

l'un, de l'autre ou de ces deux ensembles d'information mène inévitablement à une difficulté de justifier ses besoins médicaux :

Yeah I think so for sure, I think (pause) medical treatment is just like, it's really complicated because I feel like even if you're an attorney and you're US born (laughs) you still have to advocate and learn to advocate for what's best for yourself and not have somebody determine that for you and so I think for immigrants something that's real common it is like, they let the practitioner decide for them and that's super scary because sometimes they don't even know probably what the diagnosis is or why this treatment is, like this medication they're taking (Paula, 38 ans, Texas)

Ensuite, la perception d'accès linguistique plus limitée dans certains endroits, notamment en Pennsylvanie et hors des grands centres urbains, a une incidence sur l'accessibilité des soins et conséquemment sur la capacité d'autoreprésentation des patientes. C'est notamment ce qu'illustre le récit de Lys, qui mobilise l'expérience de membres de sa famille qui sont unilingues hispanophones. En raison de leur unilinguisme, ces patientes sont, en quelque sorte, à la merci de la disponibilité des services de traduction offerts dans certains centres de soins, ou de la disponibilité d'un membre de la famille :

It is harder hum I'm not sure about reproductive health specifically but I know in general hum it's not like you can just walk in and expect to be you know attended and, and know what's going on. Hum my grandmother is older and every time she needs, you know, a doctor's appointment, she can't do it herself, they have to schedule the translator and it's like a whole thing hum so she does need someone to go with her to all her appointments and hum you kind of need to have your own translator, and your own person, and your own advocate, so I, I'm sure it would translate to, to women's health if hum, there's not like someone on staff who can you know, if you got lucky and someone speaks Spanish you know, that's fine but there isn't a, like a full time translator or anything like that so I would imagine that it would be difficult for someone who wasn't bilingual. (Lys, 33 ans, Pennsylvanie)

Cela affecte leur capacité d'autoreprésentation puisqu'elles sont dépendantes de la traduction faite par un tiers parti. Lorsqu'il est question de santé reproductive, l'influence des tabous entourant ces services peut également avoir une incidence sur la capacité d'une femme à trouver une personne

de son entourage prête à l'aider pour la traduction tout en ayant confiance en l'honnêteté de cette même personne au niveau de la transmission de l'information.

Finalement, du côté des mineures, la compréhension de l'information peut être primordiale à une capacité d'autoreprésentation dans les États où des lois obligeant le consentement ou la notification parentales existent. Dans ces États, les mineures désirant obtenir un avortement doivent notifier leur(s) parent(s) ou obtenir un consentement explicite de la part de ceux-ci afin d'obtenir ensuite la procédure. Cette exigence peut toutefois être outrepassée par le biais d'une décision juridique. Or, ces processus ne sont pas toujours limpides d'une part, et d'autre part, ils impliquent des délais supplémentaires avant l'obtention de la procédure. Dans un contexte où plusieurs États limitent l'avortement après une certaine période temporelle, la compréhension des différentes étapes de l'accès à l'avortement chez les mineures est essentielle à un accès à la procédure – et des obstacles à une information compréhensible et multilingues peut être le point déterminant entre accéder ou non à l'avortement.

### 5.3 Lorsque l'information est politique : Entre légalité et propositions idéologiques

Lorsqu'abordé en termes strictement médicaux, l'interruption volontaire de grossesse constitue une intervention médicale comme une autre. Or, l'accès à l'avortement s'inscrit dans un contexte sociopolitique duquel il ne peut être détaché : non plus un soin de santé, l'avortement est une question politique clivante et une procédure faisant l'objet d'une pluralité de lois modulant son accessibilité. Conséquemment, l'information entourant l'avortement – la procédure, son accès et sa disponibilité – est marquée par ce clivage idéologique, influençant la perception d'accessibilité et de légalité/illégalité de la procédure, brouillant ce faisant les divisions entre discours politiques et information médicale.

### 5.3.1 Comprendre les politiques en place : discerner le légal de la position idéologique

La compréhension de l'information nécessaire à l'accès à l'avortement n'est plus, aujourd'hui, uniquement dépendante de l'accessibilité de l'information ou de sa disponibilité dans une langue comprise par la personne cherchant cette information. La politisation de l'enjeu rend plutôt la compréhension tributaire non seulement d'une capacité à trouver et comprendre l'information médicale, mais également à trouver et comprendre l'information liée aux lois en vigueur dans l'État où l'avortement sera obtenu. En effet, tel que discuté précédemment (voir Chapitre 3), chaque État a, au fil des décisions de la Cour suprême leur accordant plus de latitude en la matière, précisé les paramètres d'accès à l'avortement sur son territoire. Conséquemment, le droit à l'avortement est à géographie variable, une situation qui oblige les patientes à s'assurer d'avoir l'information adéquate selon l'endroit où elles tentent d'obtenir un avortement. Or, déterminer ce qui est légal dans un espace géographique donné et ainsi s'assurer de respecter les paramètres entourant la procédure est devenu un labyrinthe (Solinger, 2005), une course à obstacle (Cohen et Joffe, 2020), qui laissent souvent les patientes potentielles confuses et incertaines quant à l'application de leur droit à l'avortement.

Au Texas, qui fait partie des États conservateurs où le mouvement anti-choix est très actif sur le plan législatif, les participantes ont souligné l'impact négatif de cet activisme législatif sur leur perception de la légalité de la procédure :

I would definitely say that it impacts access here in the state of Texas it is very republican-led and they are trying to constantly outlaw abortion and going against Roe v. Wade, trying to overturn it and here it just adds another layer of trying to figure out what is considered legal termination of pregnancy and what is not. So with that entire legal thing I would understand why here many immigrants who are looking to terminate their pregnancy do not feel safe seeking that out because they would...it's very difficult to navigate that and determining whether what you're doing is considered breaking the law and is an offense that could get you here deported is really difficult. (Rosa, 21 ans, Texas)

Cet activisme y est très visible et vocal, entraînant une situation problématique où l'information concernant le droit réel à l'avortement – les paramètres à l'intérieur desquels le droit est accessible

– se mêle à l'information médiatique et militante concernant les initiatives législatives, tant au niveau de la législature d'État que des gouvernements locaux :

it seems like a lot of information out there is a lot of what Republican lawmakers are trying to do, what is not actually written into law so it's very difficult to figure out ok what is the law as of today and what is considered legal. (Rosa, 21 ans, Texas)

En effet, dans les instants qui ont suivi l'entrée en vigueur de la loi SB8 au Texas par exemple, plusieurs regroupements pro-choix et médias ont rapporté des propos dénonçant l'avortement comme étant « banni » à l'échelle de l'État. L'interdiction de l'avortement au-delà de la 6<sup>e</sup> semaine constitue effectivement une limitation considérable puisque la majorité des personnes enceintes ne savent pas qu'elles le sont à ce stade de la grossesse. Or, ce choix de mots par les activistes, bien qu'efficace pour exprimer leur désaccord, renvoie à l'idée d'illégalité complète de la procédure, ce qui peut avoir un effet dissuasif et inverse à l'effet escompté, soit que l'accès à l'avortement existe toujours. Dès lors, ces incertitudes quant à la légalité de la procédure se transposent en barrières concrètes pour certaines. Tel qu'évoqué précédemment (voir Chapitre 4), la question de la légalité prend une dimension particulière pour les femmes non documentées ou ayant un statut migratoire précaire. Si les conséquences et implications ne sont pas totalement équivalentes, la question de la légalité peut constituer une barrière nonobstant le statut migratoire. Cela peut notamment être illustré par les témoignages de participantes résidant au Texas et rencontrées suite à l'adoption de la loi SB8 dans cet État. Certaines ont en effet questionné le statut du droit à l'avortement au Texas et leur liberté d'obtenir cette procédure ou d'en parler ouvertement, ne sachant pas si la procédure était complètement illégale, contrairement à d'autres aspects des soins de santé :

Yes hum yes but I think abortion becomes another level of sensitivity right so because you don't know like it's not illegal to go to the doctor for some flu medication but abortion you don't really know what's legal and what's not so that's why I think with that specific situation it's even more. (Lucidia, 27 ans, Texas)

Le labyrinthe de lois et d'information concernant l'avortement ne se limite pas à l'État de résidence d'une patiente. Il affecte aussi les patientes qui obtiennent un avortement dans un autre État, soit

pour éviter les barrières dans leur État de résidence ou en raison de la proximité de la clinique par rapport à leur domicile. Dans les mois qui ont suivi l'adoption de SB8, de nombreuses Texanes se sont déplacées dans les États limitrophes et au-delà pour accéder à l'avortement, mais la peur de l'illégalité les suivait : « The women arrive fearing they are doing something wrong by crossing state borders to get their abortion or that someone is following them and their abortion will be discovered when they return home, she [Adrienne Mansanares, CEO of Planned Parenthood of the Rocky Mountains] said. » (Gamboa, 2022)

À la compréhension des lois en tant que telles s'ajoute l'enjeu de la désinformation découlant de la démultiplication des sources d'information, ainsi que les informations fallacieuses causées par la politisation de l'enjeu. Conséquemment, plusieurs participantes ont noté qu'il pouvait être difficile de discerner les informations véridiques des informations fausses ou politiquement motivées :

I feel like there would be hum (silence), the first one you said where it's hum, what's true and what's not true just because hum in, in a big city hum there's gonna be a lot of pro-life and then pro-choice organizations that will you know approach students you know in the streets so I feel like (silence) people will give wrong information, and then there's people that are willing to take that wrong information and, and say oh no I heard this from an organization that probably is (silence) politically affiliated or funded or, you know something totally just not accurate. (Lucia, 20 ans, Texas)

L'enjeu soulevé précédemment quant à la quantité d'information disponible en ligne et les problématiques découlant d'une absence d'éducation sexuelle complète accentue les conséquences de cette politisation de l'avortement sur l'accès à une information de qualité. Cette situation affecte la capacité d'une personne à discerner l'information médicale nécessaire à l'obtention de la procédure d'une information politique visant à influencer la population d'un côté ou de l'autre du débat et à se prémunir contre les sources fallacieuses et la désinformation. Tel que souligné par Ava (21 ans, Texas), l'absence d'éducation sexuelle – à l'école comme à la maison pour certaines

– a eu pour conséquence que lorsqu'elle voulait accéder à l'information concernant l'avortement, elle a été confrontée à une importante quantité d'information, sans toutefois avoir les outils nécessaires pour déterminer quelle information était véridique quant à l'état du droit dans son État de résidence et ce qui constituait plutôt – selon ses termes – « de la propagande promue par des groupes anti-avortement » ou des sources non fiables. Pour reprendre les termes de Valentina (33 ans, Pennsylvanie), cela ajoute à l'incertitude et aux insécurités d'une situation déjà stressante :

the fact that hum there is element to it that you're not really sure if you've never done it before, or don't know people who've spoken about it that freely before, you don't really know what to expect hum and I think that adds a big element of insecurity to it (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

Cette impression de politisation de l'accès à l'information n'est pas uniquement associée au mouvement anti-choix. Plutôt, certaines participantes ont dit avoir l'impression que l'information diffusée par les groupes pro-choix est souvent teintée par le positionnement idéologique de ces organisations et leur composante activiste :

So if you are (pause) in contact with pro-choice organizations you're gonna get as you said too much information on it and it can get really confusing because it's not like kind of like straightforward but then if you're only following what comes from the government it's no information at all and there's no also no clear path of like this is what you do, this is what's legal hum if you have insurance, if it's covered like all of those things I at least have never received that type of information before and when I see organizations that are pro-choice, it's too much like it's always something that like we're discussing this part of the law, and this part and this community and it's just okay but I still need some like what do I do if I needed to go get an abortion, so I wouldn't know for example what to do. I think I would go to resources that would support me and I would identify those organizations but if I didn't know them I don't think I know, I would know what to do. (Lucidia, 27 ans, Texas)

Cette politisation de l'avortement, qui pousse les organisations des deux côtés du débat à tenter d'influencer la population – incluant de potentielles patientes – laisse un vide problématique quant à l'accès à une information véridique, vérifiée, de confiance, exempte de discours politiques ou de

volonté de convaincre dans le cadre d'une action militante. Comme l'explique une participante à notre étude :

I think hum it's like, I (silence) it, I don't, I feel like it, it's like a two-fold, it's like there's too much information on the web and then you, and that therefore you don't know what's real, what's not real, and so therefore you're like how do I find a single source of like verifiable, truthful information, that this person isn't, that it's a true clinic and that these people aren't going to talk me out of this, or if I want to not terminate my pregnancy or if I want to, that these people aren't gonna be like well you should terminate, which, which happens, like a lot, a lot of people are talked into termination which is, like that's fine and so either one, you don't know where to search for the kind of help that you may actually need. (Rosalina, 33 ans, New York)

De façon générale, les personnes que nous avons interrogées connaissent Planned Parenthood et citent l'organisation comme première source d'information ou premier endroit où elles appelleraient si elles désiraient obtenir un avortement. Par contre, les cliniques de Planned Parenthood ne se trouvent pas dans toutes les villes. Plus largement, le nombre de cliniques offrant l'avortement est bien moindre que le nombre de cliniques anti-avortement (« crisis pregnancy centers ») (Swartzendruber et Lambert, 2020). En 2018, la Cour suprême des États-Unis a statué qu'un État ne peut obliger les fausses cliniques d'avortement à divulguer l'absence de permis permettant d'offrir des services médicaux. De plus, les États ne peuvent pas obliger ces mêmes cliniques à informer les personnes enceintes quant à l'existence de services étatiques gratuits. Or, les États peuvent, par le biais des lois de consentement informé, obliger les cliniques offrant réellement l'avortement à propager de fausses informations, par exemple que l'avortement peut entraîner un cancer du sein (Cohen et Joffe, 2020 : 43). Les participantes résidant dans les États de la Pennsylvanie et du Texas, où le mouvement anti-choix est plus visible que dans les États progressistes étudiés, étaient plus nombreuses à souligner la présence de ces fausses cliniques et la problématique qu'elles entraînent quant à l'accès à l'avortement. Une participante du Texas a notamment souligné sa peur de tomber sur une de ces cliniques plutôt que sur une vraie clinique si elle cherche un jour à obtenir un avortement :

Hum, yeah definitely, I mean I know like Planned Parenthood so that would be like my first step to try and go there but I wouldn't really know where else to go slash I would also be worried about going to other clinics because I know that there are clinics that are very much like try to talk you out of abortion and I mean I have somebody that I know that works at one of those and so just like knowing that, that you know if I went to somewhere that wasn't Planned Parenthood that it could be one of those experiences and I know that those experiences can be traumatizing hum (Adriana, 23 ans, Texas)

Pour Rosa (21 ans) qui réside également au Texas, cette absence de clarté et cette difficulté à identifier quelles cliniques outre Planned Parenthood sont de « vraies » cliniques lui donne l'impression d'être prise au piège et qu'advenant une situation où elle voudrait mettre un terme à une grossesse, elle aurait peur de tomber sur une telle clinique et d'être incapable de se sortir de cette situation. Tant en Pennsylvanie qu'au Texas, les participantes soulignent que la présence de ces cliniques est d'autant plus problématique en milieu rural, où les tabous sont perçus comme étant plus dominants et où les options de « vraies » cliniques sont plus rares (voir Chapitre 3).

À ces enjeux plus locaux s'ajoutent la difficulté à discerner le vrai du faux dans un contexte d'accès aux soins dans un État autre que celui de résidence. Cela implique souvent de trouver l'information en ligne, en raison de la distance, et nécessite de se familiariser un minimum avec le contexte sociopolitique de cet autre État afin de déterminer les règles entourant l'accès à l'information, un processus qui n'est pas toujours facile ou direct, les mêmes dynamiques influençant l'accès à la procédure et à l'information dans l'État de résidence pouvant être similaires ou identiques dans les États limitrophes :

I think hum you have to kind of go through that hum you know so much is based on location hum and so you know being state to state or region to region as far as rules and just procedure of you know first do A then do B hum so yes there is certainly a lot of information hum and then of course if you're looking at things online there's a lot of information that can be misleading or hum you know there are sources of things that you don't really know, you know so I think yeah there's I think it probably suffers from too much information and you don't know what's real (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

Une fois à la clinique, l'enjeu de la véracité de l'information peut à nouveau constituer un enjeu. En effet, les cliniques sont requises, comme pour d'autres soins de santé, de s'assurer du consentement libre de la patiente avant la procédure. Or, dans certains États, ce processus d'obtention du consentement – et plus spécifiquement l'étape de transmission d'une information appropriée – a également été affecté par la politisation de l'avortement. En effet, 30 États sur 50 requièrent que les cliniques d'avortement offrent, à l'oral ou à l'écrit, des informations spécifiques sur la procédure – informations qui ne sont pas toujours véridiques ou fondées sur des connaissances médicales reconnues (Daniels et al., 2016; voir Chapitre 3). Par exemple, treize États obligent le personnel médical à informer les patientes qu'un fœtus ressent de la douleur; quatre États les obligent à informer les patientes qu'un avortement peut affecter négativement la fertilité; et cinq États les obligent à dire qu'un avortement peut causer le cancer du sein (Cohen et Joffe, 2020 : 150). Bien que scientifiquement erronées, ces informations doivent être transmises par des professionnel.le.s de la santé, les plaçant dans une situation délicate face aux patientes. Si plusieurs mentionnent donc, en amont, que les informations qui suivent ne sont pas médicalement prouvées ou soulignent les aspects mensongers (Cohen et Joffe, 2020 : 157), cela peut – involontairement – contribuer à la désinformation entourant l'avortement et avoir des impacts préjudiciables sur les patientes, surtout dans un contexte où des barrières de langue peuvent affecter la transmission de l'information.

### 5.3.2 « The white men down there at the Capitol » : l'influence des discours politiques sur l'accès et la perception d'accès

Tel qu'abordé précédemment (voir Chapitre 4), la religion joue un rôle central dans la façon dont les femmes construisent, perçoivent et vivent leurs expériences et leur accès aux services de santé reproductive, en particulier en ce qui concerne l'avortement. Au niveau « interne », la religion, ou de l'éducation religieuse et ses ramifications dans les liens et identités culturelles, influencent la manière dont une personne se positionne face à l'avortement pour elle-même ou pour les autres. Or, la religion et l'impact de celle-ci sur les discours peut aussi avoir une dimension « externe » assez visible dans le mouvement social, ainsi que dans les discours politiques. En effet, bien qu'il y ait techniquement une séparation entre l'Église et l'État aux États-Unis, les religions judéo-chrétiennes influencent les politiques adoptées par les élus, les mentions d'opinions religieuses, de mythes, de

personnages ou de dictons provenant des enseignements religieux s’immisçant dans les débats politiques sur les soins reproductifs – et plus spécifiquement dans les débats entourant la contraception et l’avortement.

Dans certains États, cela ne constitue pas une exception, mais plutôt la norme, et ces tendances ne passent pas inaperçues auprès des participantes à l’étude. Pour certaines, comme Valentina, le lien entre religion et politique est la première source du tabou entourant l’avortement :

Hum absolutely I think there is a stigma around it hum I think it originates in people’s religious practices, I think hum the kind of Judaeo-Christian’s majority and how all of the laws in such kind of leans toward a Judaeo-Christian hum you know majority in our government. (Valentina, 33 ans, Pennsylvanie)

Ce constat est également partagé par Ava (21 ans, Texas), qui constate que les législateur.rice.s de son État de résidence ne font pas abstraction de leurs croyances personnelles et religieuses quand ils et elles exercent leur rôle politique, adoptant et assurant l’application de lois qui visent à contrôler l’autonomie corporelle des femmes, contrevenant directement à la séparation entre l’église et l’État. Pour elle, ce retour des valeurs religieuses dans la gestion de l’État est dangereux et pourrait ne pas se limiter à l’avortement, affectant éventuellement d’autres droits reproductifs et sexuels considérés contraires aux valeurs religieuses judéo-chrétiennes :

they, the legislators (pause) are the ones that you know control what is (pause) legal and what is not legal and hum that involves different bills regarding insurances and stuff like that so if legislators were to write laws that prohibited certain types of insurances to cover certain things you know that can impact what somebody that relies on their insurance to have these procedures or services done to not be able to have access to that hum (pause) (Ava, 21 ans, Texas)

Cette perception est confirmée par les lois limitant l’éducation sexuelle – tel qu’exploré dans ce chapitre – ainsi que par la propension des législatures conservatrices à adopter des lois autorisant la déviation de fonds dédiés à des programmes de soutien aux familles vers des regroupements

anti-choix. En raison de réformes des programmes sociaux sous l'administration Clinton, les États ont aujourd'hui plus de contrôle quant à la gestion et l'attribution des fonds reçus du fédéral. Conséquemment, des États ont choisi de réallouer des fonds destinés à des programmes sociaux afin de financer des centres anti-avortement. En 2001, la Pennsylvanie est ainsi devenue le premier État à transférer des fonds dédiés à TANF vers les cliniques anti-avortement, une pratique qui a depuis été imitée par plusieurs autres États, dont le Texas, qui a transféré 45 millions de dollars des fonds fédéraux pour les programmes sociaux vers les centres de crise (Glenza, 2021). Ces décisions politiques renforcent la perception que le discours religieux ou les valeurs religieuses mobilisés afin de justifier ces lois ne constituent pas la réelle motivation derrière les lois anti-choix, qui ne s'accompagnent pas de politiques favorisant l'accès à la contraception, augmentant le filet social pour les familles dans le besoin ou assurant un accès aux soins prénataux afin de diminuer la mortalité maternelle et infantile par exemple. Tel que souligné par des participantes, il y a plutôt une perception que la religion est utilisée par les législateur.rice.s comme une excuse afin de proposer et adopter des politiques considérées comme « inhumaines », motivées par des motifs non pas religieux, mais autres :

I think this whole region is, is very religious and they use that as a token to (pause) create policies that are really inhumane (laughs) which is an oxymoron of religion hum yeah it's terrible. (Paula, 38 ans, Texas)

Pour d'autres, ce lien n'est pas nommé, mais les deux éléments sont individuellement cités comme source de ce tabou et comme facteur influençant directement l'accès à l'avortement. Ainsi, pour Carmen, qui réside au Texas, la religion est la principale source du tabou entourant l'avortement au sein de la population latino-américaine, et le principal obstacle à l'accès à l'avortement pour les Latinas. Par contre, lorsqu'elle aborde la question de l'accès à l'avortement plus largement, sa réponse est sans équivoque : le principal obstacle demeure la législature : « the white men down there at the Capitol » (Carmen, 51 ans, Texas).

Or, depuis les années 1970 et l'arrêt *Roe v. Wade*, le lien entre conservatisme moral (soutenu ou non par des référents aux valeurs religieuses) et le parti républicain s'est accentué de telle façon que les deux ne forment qu'un sur le plan de l'identité idéologique et politique. Conséquemment,

tel que souligné par Lucidia (27 ans, Texas), la question n'en est pas uniquement une de religion et de politique, mais plutôt de polarisation, politisation et d'organisation du système politique qui favorise le maintien au pouvoir d'un parti et où l'argent est déterminant au succès électoral des candidat.e.s – et donc à l'adoption de lois :

Definitely conservative laws, republican laws, republican loving, hum the governor (laughs) and also (pause) a lot of people in Texas are against abortion and those people fund these politicians, these policies, these laws and (pause) I mean in a democracy you're just gonna do what most of your people wants right so and I also (long pause) I feel like (pause) there's also a lot of commitment from those groups to really fund hum pro-life policies and lobbying and from a progressive community, from a progressive thinking group (pause) it's a, the though is more like I'm not gonna give my money to a politician right, I would rather go with the non-profits so (pause) the conservative groups are funding these lobbies and everything and then the progressive ones are staying with the non-profit and that's why the non-profits and the policies are just fighting about this (laughs) (Lucidia, 27 ans, Texas)

L'imbrication entre valeurs religieuses et idéologie politique est d'autant plus saillante chez les législateur.rice.s conservateur.rice.s que l'absence d'éducation sexuelle et d'ouverture sur l'avortement a également un impact sur les connaissances de ces législateur.rice.s et le type de message et d'information qu'elles et ils partagent sur leurs réseaux sociaux, dans leurs discours ou comme éléments de justification lorsque questionné.e.s sur un projet de loi :

people that are writing these laws don't even know what it is and that just shows that the access to the information about what an abortion really is, is not, it's not being spread hum (Ava, 21 ans, Texas)

Bien que non influencé par des valeurs religieuses, le phénomène de l'anecdote et des projets de lois soutenus par des valeurs individuelles est également présent chez les législateur.rice.s progressistes. Qui utilisent ces mêmes procédés pour soutenir leur position sur le droit à l'avortement et soutenir des politiques défendant celui-ci. Si plusieurs auteur.rice.s en santé publique abordent l'utilisation des « preuves scientifiques » dans la prise de décision en santé

(Otten et al., 2015; Baicker et Chandra, 2017), la santé reproductive constitue un angle mort de la littérature (Woodruff et Roberts, 2020). Certains auteurs se sont penchés sur le rôle des preuves scientifiques dans l'interprétation juridique des lois concernant l'avortement et la contraception d'urgence (voir Cook et al., 2006) ou encore sur la manipulation des conclusions scientifiques afin de soutenir un agenda idéologique spécifique (voir Russo et Denious, 2005), mais peu se penchent directement sur l'utilisation de la recherche scientifique dans l'élaboration et la justification des politiques de santé reproductive – et plus spécifiquement celles concernant l'avortement. Une telle recherche, menée par Woodruff et Roberts, conclut que les récits personnels, et les valeurs individuelles ont plus de poids que les conclusions scientifiques, sauf si ces dernières permettent de soutenir les anecdotes dont découlent souvent les conclusions des politicien.ne.s : « lawmakers did refer to selected research findings in apparent attempts to provide legitimacy to their claims about abortion. Participants criticized their political opponents' positions as being predetermined along party lines rather than being informed by evidence. Yet in their own discussion of the issue, members of both parties also revealed their own priorities to be dictated more by political values than evidence » (2020: 251).

Or, la mobilisation d'un discours religieux ou d'arguments en faveur d'une protection de la vie dès la conception pour soutenir des politiques anti-avortement n'est souvent pas une simple démonstration d'acte de foi. Plutôt, les politiques anti-avortement – et de plus en plus les lois visant d'autres droits reproductifs et sexuels, tels que la contraception, l'éducation sexuelle et l'accès à des vaccins et médicaments de prévention contre le VPH et le VIH – sont ancrées dans des idéologies de contrôle des corps des personnes s'identifiant comme femmes afin de maintenir une division traditionnelle des rôles de genre. Pour Rickie Solinger, l'adoption de lois contraignant les libertés reproductives et sexuelles constituent une usurpation du contrôle des corps des femmes par l'État afin d'utiliser la fertilité féminine pour solutionner des problèmes sociaux (2005 : 13). Ce faisant, les lois entravant l'accès à l'avortement, puis les lois reconnaissant les fœtus comme personne juridique à part entière (« fetal personhood »), effacent l'agentivité des personnes enceintes et leur propre qualité de personne juridique entière, les considérant comme étant pratiquement « externes » à la grossesse (Solinger, 2005) : « They tell pregnant women that their reproductive health decisions are not their own and that others can interfere in ways that are unheard of in other areas of medicine. At their essence, they tell women that they are not autonomous human beings

whose choices are trusted and decisions respected » (Cohen et Joffe, 2020: 29). Dans un contexte où une majorité de ces législateur.rice.s défendent une réduction du rôle du gouvernement, les lois anti-avortement constituent une exception, où « l'arsenal gouvernemental » est déployé contre les personnes enceintes (Goodwin, 2020 : 207), et où les corps font l'objet d'un contrôle politique accru qui ne peut être expliqué uniquement par l'argument religieux – et encore plus difficilement par l'argument de protection de la santé. Cela devient d'autant plus clair lorsque les politiques entourant l'avortement sont comparées aux politiques entourant la reproduction assistée. Lorsque questionné à cet égard, un législateur de l'Alabama a, par exemple, clairement énoncé que les lois restrictives entourant l'avortement ne s'appliquent pas aux embryons non implantés dans un contexte de fécondation assistée, justifiant la position ainsi : « the egg in the lab doesn't apply. *It's not in a woman* » (Mahdawi, 2019 [notre emphase]). Les questions reproductrices font aujourd'hui l'objet d'une attention politique accrue, où les décisions entourant la grossesse et la parentalité sont scrutées, policées et profondément modulées par le paysage politique régulant l'espace géographique où se trouve une femme. Plus spécifiquement, non pas une question de protection de la santé reproductive des femmes, les lois anti-avortement et cette volonté de constamment légiférer en la matière sont ancrées dans une conception sociétale des rapports de genre et un maintien d'un contrôle par l'homme (blanc) des corps des femmes, de leurs choix, leurs capacités et leur agentivité (Goodwin, 2020: 47), afin de les maintenir dans un rôle traditionnel de reproduction de la nation (Bialasiewicz, 2006 ; Smith, 2009, 2012; Yuval-Davis, 1997).

Dans le contexte politique actuel, les occasions de changement sont également limitées par des dynamiques externes aux droits reproductifs. D'abord, la découpe partisane des cartes électorales (« gerrymandering ») module le potentiel poids politique des électeur.rice.s, soit en diluant le vote pour le parti opposé dans des comtés « sûrs » pour le parti qui dessine les cartes, ou en concentrant cet électorat dans des comtés où le nombre d'électeur.rice.s n'est pas suffisant pour assurer une prise de contrôle du pouvoir législatif. Ce faisant, la composition idéologique d'une législature où les cartes électorales sont hautement partisans ne représentent pas nécessairement la composition idéologique de l'électorat – et le changement est rendu plus difficile par le maintien de ces cartes partisans. Ensuite, la polarisation sur cet enjeu rend une possibilité de discussion ou de politique médiane sur la question plus difficile. Malgré un soutien constant de la population au maintien de

la décision de *Roe v. Wade*, et un soutien au maintien d'un droit à l'avortement dans la majorité des situations (Saad, 2021), le mouvement anti-choix est très actif, proposant chaque année de nouvelles restrictions à ce droit dans une majorité d'États. On observe ainsi un décalage entre les lois proposées et adoptées, et la volonté d'une majorité de l'électorat, les législateur.rice.s adoptant la position plus dure ou plus polarisée que leur électorat sur la question.

Troisièmement, contrairement à d'autres enjeux autour desquels des groupes d'électeur.rice.s sont organisés, augmentant leur force d'action, les droits reproductifs et sexuels ne sont pas toujours un enjeu dominant dans un cycle électoral : “the women most affected by abortion policies aren't organized into a voting bloc. Many aren't even old enough to vote. (...) Those with money have better options than those without. And the poorest women are unlikely to command the ear of a senator” (Oberman, 2018: 75). En effet, du côté des électeur.rice.s favorisant une protection du droit à l'avortement, l'engagement militant fluctue d'un cycle électoral au suivant selon la perception du risque de restrictions du droit (Miller, 2000; Miller et Krosnick, 2004; Jones, 2022), alors que du côté anti-choix, l'enjeu rassemble plus d'électeur.rice.s pour qui l'avortement est une question déterminante au niveau de leur choix de candidat.e.s, à savoir des « single-issue voters ». Cela a notamment pu être mesuré dans certains comtés frontaliers au Texas, où des électeur.rice.s latino-américain.e.s ont choisi d'appuyer le parti républicain nonobstant la rhétorique anti-immigration et leur soutien envers des politiques qui ne favorisent pas ces populations, sur la base de la position des candidat.e.s face à l'avortement (Sandoval, 2022).

Toutefois, l'adoption de lois restrictives et les obstacles aux changements politiques ne signifient pas une perte d'agentivité et de volonté de résistance des personnes directement affectées par ces lois et propositions idéologiques. Plutôt, à travers l'histoire, l'adoption de lois visant à augmenter le contrôle par l'État des corps reproductifs des femmes a toujours engendré diverses formes de résistance (Solinger, 2005) – et les récentes lois mises en place dans des États plus conservateurs comme le Texas, et à moindre échelle la Pennsylvanie, ne font pas exception, tel qu'abordé précédemment avec la montée de la diffusion de la connaissance concernant l'avortement maison par médication. Or, la résistance n'est pas universelle et uniforme, d'où l'importance de mener une analyse intersectionnelle pour mieux comprendre les obstacles à l'accès à l'avortement et les moyens de contourner ces obstacles.

\*\*\*

L'accès aux soins de santé reproductive est une question qui dépasse la dimension physique de l'accès. Si la mobilité demeure centrale dans l'accès ou non aux soins, celle-ci n'existe qu'en relation avec les informations liées à la santé reproductive, qui à leur tour sont diffusées dans un contexte socio-culturel et socio-politique spécifique. L'information liée aux soins de santé est « façonnée et contextualisée par une variété d'autres types d'information » (Martinez, 2020 : 129 [traduction libre]), d'où la nécessité d'avoir un ensemble de compétences et de connaissances afin de s'approprier cette information. La langue, l'éducation et les dynamiques politiques sont autant d'éléments qui peuvent influencer la capacité d'une personne à obtenir l'information nécessaire, la déchiffrer, et déterminer ce qui constitue une information véridique et fiable. Cette capacité est à son tour essentielle pour assurer un accès complet et libre aux soins de santé reproductive. Or, contrairement à l'information sur d'autres soins de santé, celle sur la santé reproductive est fortement marquée par le contexte politique dans lequel elle est produite et diffusée. Enjeu hautement politisé, l'accès à l'avortement – et plus largement à la contraception et autres soins de santé reproductive – fait l'objet de campagnes de désinformation ou encore de tentatives de propagation d'informations erronées visant à limiter les options des personnes enceintes. L'avortement est également au cœur d'initiatives politiques dont l'objectif demeure un contrôle accru des corps reproductifs féminins. Si, tel qu'exploré dans cette thèse, des alternatives s'offrant aux femmes désirant mettre un terme à leur grossesse ont permis de délocaliser la pratique de l'avortement, il demeure qu'une inégalité d'accès à l'information, couplée aux difficultés dans certains espaces géographiques de déterminer clairement ce qui constitue un geste légal versus un acte illégal, demeure et peut constituer un obstacle tout aussi important qu'une mobilité limitée ou une absence d'accès à une clinique à une distance acceptable de son domicile.

## CONCLUSION

### « GRADUALLY AND THEN SUDDENLY »: LE RENVERSEMENT DE ROE V. WADE ET L'AVENIR DU DROIT À L'AVORTEMENT POUR LES FEMMES LATINO-AMÉRICAINES

À 20h32 le 3 mai 2022, le média étasunien Politico publie une fuite de la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Dobbs v. Jackson Women Health* (Gerstein et Ward, 2022), qui porte sur la contestation d'une loi du Mississippi interdisant l'avortement au-delà de la 15<sup>e</sup> semaine. Selon la fuite, la Cour suprême aurait voté en faveur du renversement de *Roe v. Wade*. Cette nouvelle constitue une onde de choc à deux niveaux : d'une part, car une telle fuite est du jamais vu, et ensuite car la Cour renverserait un droit établi depuis plus de 50 ans et qui obtient le soutien d'une majorité au pays (69% d'électeurs selon un sondage réalisé en janvier 2022) (Folmar, 2022). Le contenu du brouillon de cette décision, rédigé par Samuel Alito, se confirma le 24 juin 2022 lorsque la décision finale est officiellement annoncée par la Cour : 6 juges contre 3, *Roe v. Wade* n'est plus « the law of the land » : « The Constitution does not confer a right to abortion; *Roe* and *Casey* are overruled; and the authority to regulate abortion is returned to the people and their elected representatives » (*Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 2022). Onde de choc à travers le pays, cette décision constitue le dernier clou dans le cercueil du droit à l'avortement à l'échelle nationale. Tel qu'exploré dans cette thèse, pour des milliers de femmes à travers le pays, ce droit n'était déjà qu'une illusion. Pour les Texanes, les conséquences d'un monde sans *Roe v. Wade* étaient déjà une réalité depuis le 1er septembre 2021.

#### *États désunis : le paysage légal des droits reproductifs et sexuels au lendemain de Dobbs*

Le renversement complet de *Roe v. Wade* engendre un nouveau paysage juridique des droits reproductifs et sexuels à l'échelle du pays, et le changement s'opère rapidement. Dans un premier temps, une poignée de lois « gachettes » (« trigger laws ») sont entrées en vigueur, soit immédiatement ou dans les jours suivant la décision de la Cour suprême. Treize États avaient, au moment du renversement de *Roe v. Wade*, une telle loi gachette. Dans 7 États, soit l'Arkansas, le Dakota du Sud, le Kentucky, la Louisiane, le Mississippi, le Missouri, l'Oklahoma et le Wyoming,

ces lois ont été appliquées immédiatement. Pour leur part, l’Idaho, le Tennessee et le Texas devaient, en raison des directives incluses dans leurs lois respectives, attendre 30 jours suite à la décision officialisée par le Cour pour que la loi entre en vigueur. Ces lois sont entrées en vigueur le jeudi 25 août 2022. Du côté des autres États, soit le Dakota du Nord (Kruesi, 2022; Sneed, 2022), l’Utah (Miller, 2022) et le Wyoming (Gruver, 2022), dont les lois gachettes devaient entrer en vigueur durant l’été, une injonction bloque temporairement leur application durant le processus judiciaire découlant de contestations de la part de groupes pro-choix.

D’autres États, sans avoir de lois gachettes<sup>42</sup>, n’avaient jamais renversé leur statut pré-datant *Roe v. Wade* quant au droit à l’avortement. Conséquemment, l’avortement est également illégal dans une poignée d’États en raison de l’application de ces lois pré-datant 1973. Par exemple, en Arizona, un juge a autorisé l’application d’une loi de 1864 interdisant l’avortement dans toutes les circonstances, sauf si la vie de la femme est en danger (Fawcett, 2022a). Au Wisconsin, le gouverneur démocrate conteste l’application de cette loi, et a décrété une session spéciale de la législature afin de révoquer cette loi de 1849 (Deliso, 2022).

Dans d’autres États, où le mouvement anti-choix est très actif, des lois contre le droit à l’avortement avaient été suspendues car elles contrevenaient à *Roe v. Wade*. Suite au renversement du droit à l’avortement, certaines de ces lois ont été mises en œuvre. C’est le cas en Alabama, où un juge a autorisé l’entrée en vigueur du *Human Life Protection Act*, adopté en 2019, et qui interdit l’avortement, sans protection pour le viol ou l’inceste.

**Tableau 6.1 L’état du droit à l’avortement aux États-Unis (juin 2023)<sup>43</sup>**

État	Statut de l’avortement	Notes
Alabama	Illégal	Application du Human Life Protection; sans exception pour viol / inceste
Alaska	Légal, sans limite temporelle	Protection par la Cour suprême de l’État (reconnaissance d’un droit au choix reproductif)

<sup>42</sup> Une loi gâchette (« trigger law ») est une loi criminalisant l’avortement adoptée par certains États et qui entre en application dès le renversement de *Roe v. Wade*.

<sup>43</sup> Ce tableau a été conçu grâce à un travail de veille que nous avons réalisé de 2018 à 2022, en suivant la progression de tous les projets de lois sur l’avortement proposés dans les 50 États et Washington D.C.

Arizona	Légal, jusqu'à 15 semaines	Application du statut pré-datant Roe v. Wade (1864) bloquée par une décision d'une Cour d'appel
Arkansas	Illégal	Loi gachette (Ark. Code Ann. § 5-61-301 to 304); sans exception pour viol / inceste
Californie	Légal, jusqu'à viabilité	Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2022 et 2023; Adoption d'un amendement constitutionnel enchâssant les protections du droit à l'avortement dans la Constitution (nov. 2023)
Caroline du Nord	Légal jusqu'à 20 semaines	Application d'une loi adoptée en 2016 et bloquée; Restriction à 12 semaines à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2023.
Caroline du Sud	Légal jusqu'à 22 semaines	Plusieurs tentatives de restrictions ont échoué à l'automne 2022; Loi interdisant l'avortement après 6 semaines adoptée en mai 2023 actuellement bloquée par un juge
Colorado	Légal, sans limite temporelle	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2022 et 2023
Connecticut	Légal jusqu'à viabilité	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2023
Dakota du Nord	Illégal	Loi gachette bloquée; Interdiction avec exceptions pour viol / inceste / urgence médicale durant les 6 premières semaines de grossesse
Dakota du Sud	Illégal	Loi gachette, SL 2005, ch 187, § 6.; sans exception pour viol / inceste
Delaware	Légal jusqu'à viabilité	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2022
DC	Légal, sans limite temporelle	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2023
Floride	Légal jusqu'à 15 semaines	Protection par la Cour suprême de l'État; Contestation limite 15 sem.; Loi adoptée en avril 2023 pour restreindre après 6 sem. non appliquée pendant révision judiciaire
Géorgie	Légal jusqu'à 6 semaines	HB481, 2019 (appliqué depuis le 20 juillet 2022)
Hawaï	Légal jusqu'à viabilité	Protection par la Cour suprême de l'État; Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2022 et 2023
Idaho	Illégal	Loi gachette (S1385, 2020)

Illinois	Légal jusqu'à viabilité	Protection via Reproductive Health Act (2019); Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2023
Indiana	Légal jusqu'à 22 semaines	Protection par la Cour suprême de l'État; Loi criminalisant l'avortement temporairement bloquée (SB1, 2022)
Iowa	Légal jusqu'à 22 semaines	Protection par la Cour suprême renversée & tentative d'application du heartbeat bill (SF 359, 2018) bloquée par décision de la Cour suprême
Kansas	Légal jusqu'à 22 semaines	Protection par la Cour suprême de l'État; réaffirmé par référendum du 4 août 2022
Kentucky	Illégal	Loi gachette (Human Life Protection Act) ; sans exception pour viol / inceste
Louisiane	Illégal	Loi gachette (Human Life Protection Act) ; sans exception pour viol / inceste
Maine	Légal jusqu'à viabilité	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2022
Maryland	Légal jusqu'à viabilité	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2023
Massachusetts	Légal jusqu'à 24 semaines	Protection par la Cour suprême de l'État; Protections supplémentaires par la loi adoptées en 2022
Michigan	Légal jusqu'à viabilité	Loi pré-datant Roe v. Wade est bloquée; Protections supplémentaires adoptées en 2022; Adoption d'un amendement constitutionnel enchâssant les protections du droit à l'avortement dans la Constitution (nov. 2023)
Minnesota	Légal jusqu'à viabilité	Protection par la Cour suprême de l'État ; Protections supplémentaires adoptées en 2022 et 2023
Mississippi	Illégal	Loi gachette SB2391 (2007) ; exception pour viol, mais pas inceste
Missouri	Illégal	Loi gachette, RSMo Section 188.017 ; sans exception pour viol / inceste
Montana	Légal jusqu'à viabilité	Protection par la Cour suprême de l'État; Trois lois anti-avortement adoptés en 2021 sont bloquées; 10 lois anti-avortement adoptées en 2023 sont bloquées
Nebraska	Légal jusqu'à 12 semaines	Interdiction après 12 semaines adoptées en mai 2023; rejet de restriction après 6 semaines
Nevada	Légal jusqu'à 24 semaines	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires adoptées en 2023

New Hampshire	Légal jusqu'à 24 semaines	
New Jersey	Légal, sans limite temporelle	Protection par la Cour suprême de l'État ; Protections supplémentaires adoptées en 2022
New York	Légal jusqu'à viabilité	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires adoptées en 2023
Nouveau-Mexique	Légal, sans limite temporelle	Protection par la Cour suprême de l'État ; Protections supplémentaires adoptées en 2022 et 2023
Ohio	Légal, 22 semaines	Loi interdisant l'avortement après 6 semaines est bloquée indéfiniment par juge
Oklahoma	Illégal	Loi gachette, HB4327 (2021) ; sans exception pour viol / inceste
Oregon	Légal, sans limite temporelle	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires adoptées en 2022
Pennsylvanie	Légal jusqu'à 24 semaines	Protections supplémentaires adoptées en 2022
Rhode Island	Légal jusqu'à viabilité	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires adoptées en 2022
Tennessee	Illégal	Loi gachette, Human Life Protection Act ; sans exception pour viol / inceste
Texas	Illégal	Loi gachette, HB1280 (2021) ; sans exception pour viol / inceste
Utah	Légal jusqu'à 18 semaines	Loi gachette temporairement bloquée
Vermont	Légal, sans limite temporelle	Adoption d'un amendement constitutionnel enchâssant les protections du droit à l'avortement dans la Constitution (nov. 2023); Protections supplémentaires adoptées en 2023
Virginie	Légal jusqu'à viabilité	
Virginie occidentale	Illégal	HB302, 2022 ; exception pour viol / inceste
Washington	Légal jusqu'à viabilité	Protection d'accès par la loi ; Protections supplémentaires adoptées en 2023
Wisconsin	Illégal	Loi pré-datant Roe v. Wade contestée par la gouverneur démocrate
Wyoming	Légal jusqu'à viabilité	Loi gachette (HB92, 2022) bloquée indéfiniment ; Tentative d'interdire l'avortement par médication temporairement bloquée

Ensuite, d'autres États, où les législatures n'étaient pas en session parlementaire, ont rappelé les législateur.ice.s pour des sessions spéciales visant un renversement du droit à l'avortement sur leur territoire. C'est le cas en Indiana et en Virginie occidentale. Dans le second cas, la loi HB302, adoptée le 14 septembre, a été signée par le gouvernement le 16 septembre. En Indiana, les législateurs ont été les premiers au pays à adopter une loi criminalisant l'avortement suite au renversement de *Roe v. Wade*, lorsque SB1 a été adoptée en août. Or, la loi est actuellement suspendue en raison d'une contestation judiciaire s'appuyant sur une protection de l'autonomie corporelle et de la liberté établie dans la constitution de l'État (Fawcett, 2022b).

Inversement, depuis mai, des initiatives pour protéger le droit à l'avortement ont également été mises de l'avant dans les États où l'on trouve des législatures progressistes. En ce sens, les électeur.ice.s en Californie se prononceront, lors des élections de mi-mandat de 2022, sur la Proposition 1, qui vise à amender la constitution de l'État afin d'y enchâsser un droit à l'avortement et à la contraception. L'État de New York a adopté, quelques jours avant le renversement de *Roe v. Wade*, une série de lois pour protéger les professionnel.le.s de la santé face à de possibles poursuites concernant un avortement pour une patiente résidant dans un État criminalisant la procédure (S.9039A; S.9077A; S.9079B; S.9080B; S.9384A; S470, 2022). D'autres États, comme l'Oregon, Washington, le Colorado et l'Illinois, ont annoncé leur intention d'agir afin de protéger davantage les droits reproductifs et sexuels sur leur territoire.

Cette consolidation de deux « Amériques » se fait également sur fond d'incertitude pour les autres droits reproductifs et sexuels. En effet, le raisonnement appliqué par la Cour dans *Roe v. Wade* – le principe de *Griswold* – est également à la base de plusieurs autres décisions influençant ces droits (voir Tableau 6.2). Si la majorité des juges ont, dans *Dobbs*, affirmé que leur raisonnement ne s'applique qu'à *Roe v. Wade* (1973) et *Casey v. Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania* (1992), le juge Thomas, dans son opinion dissidente, ouvre toutefois la porte à une reconsidération de ces droits, à savoir le droit à la contraception, à la liberté des relations sexuelles et au mariage entre personnes de même sexe. Parmi les décisions s'appuyant sur ce même raisonnement se

trouvent les deux décisions légalisant la contraception (incluant la décision à l'origine de ce raisonnement), ce qui entraîne certaines craintes concernant une possible remise en cause de ce droit. Ces craintes ont été exacerbées à l'été 2022 lorsque, dans le cadre d'un débat sur une loi concernant l'avortement en Louisiane, des opposants à la loi anti-avortement ont soulevé le potentiel dérapage d'interprétation de la définition d'humain incluse dans la loi. Cela a été reconnu par le gouverneur de l'État, le Démocrate John Bel Edwards (qui est anti-choix), menant à son veto en raison de la criminalisation possible de méthodes de contraception :

But House Bill 813 is not a pro-life bill. In addition to the fact that this legislation is patently unconstitutional, this bill would criminalize the use of certain types of contraception, as well as parts of the in vitro fertilization process, and it could even serve as a barrier to life-saving medical treatment for a woman who is suffering a miscarriage. To suggest that a woman would be jailed for an abortion is simply absurd. (Office of the Governor, 2022)

**Tableau 6.2 Décisions de la Cour suprême s'appuyant sur le principe de Griswold (protection du droit à la vie privée)**

Année	Décision	Détails de la décision
1965	Griswold v. Connecticut, 381 U.S. 479 (1965)	Établit le principe de Griswold (interprétation de la Constitution entraînant une reconnaissance d'un droit à la vie privée) Protège le droit des couples mariés d'utiliser des méthodes de contraception
1972	<i>Eisenstadt v. Baird</i> , 405 U.S. 438 (1972)	Établit un droit à la contraception pour les personnes non mariées
1973	Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973)	Établit un droit à l'avortement sur l'ensemble du territoire, invalidant les lois criminalisant la procédure
1977	Carey v. Population Services International, 431 U.S. 678 (1977)	Établit un droit d'accès à la contraception pour les mineurs Retire l'obligation d'obtenir une méthode de contraception non médicale auprès d'un.e pharmacien.ne

2003	Lawrence v. Texas, 539 U.S. 558 (2003)	Réaffirme le droit à la vie privée Déclare non constitutionnelle la plupart des lois sur la sodomie
2015	Obergefell v. Hodges, 576 U.S. 644 (2015)	Droit au mariage entre personnes de même sexe

Outre les lois adoptées dans les semaines suivant la décision dans *Dobbs*, les États demeurent actifs sur la question de l'accès à l'avortement. Certaines législatures qui n'étaient pas en session durant l'été reviendront à l'automne 2022 ou en janvier 2023, selon les États. On peut ainsi s'attendre à ce que les prochains mois soient le théâtre de nombreuses propositions, tant pour protéger que pour restreindre le droit à l'avortement. Du côté des restrictions au droit à l'avortement, deux enjeux semblent dominer les discours actuellement : l'avortement par médication et le déplacement entre États.

Lorsque l'organisme anti-choix *Americans United for Life* a indiqué, en janvier 2022, que l'avortement par médicament est la priorité la plus urgente, les législateurs des États se sont rapidement emparés de la question. Au cours des trois premiers mois de 2022, plus de 100 restrictions sur l'avortement par médicament ont été introduites dans 22 États (Zernike, 2022). L'adoption de ce type de lois restreint davantage l'accès à l'avortement par médicament, et ce nonobstant la présence ou non de cliniques dans l'État. En effet, les règles de la télémédecine obligent les médecins à respecter les lois en vigueur dans l'État où se trouve la patiente (qui n'est pas nécessairement son État de résidence). Conséquemment, si un État interdit l'avortement, puis spécifiquement l'avortement par médication, les femmes de cet État ne peuvent pas accéder à la procédure par le biais d'une consultation avec un.e médecin dans un autre État, à moins de se trouver hors de l'État de résidence et sur le territoire d'un État qui ne criminalise pas l'avortement par médication. Avec le renversement de *Roe v. Wade*, il n'est pas impossible de voir plus d'États proposer des projets de lois restrictifs visant spécifiquement l'envoi de médication par la poste, l'avortement par médication et la criminalisation de l'avortement-maison.

Outre l'accent mis sur les lois relatives à l'avortement par médication, un autre type de lois qui semble gagner en popularité au sein des mouvements conservateurs et parmi les législateur.rice.s conservateur.rice.s vise à restreindre les déplacements entre les États. Ces propositions consisteraient essentiellement à contrôler le corps des femmes lorsqu'elles se déplacent dans l'espace, en criminalisant l'accès à l'avortement dans un État où elles ne résident pas. Cette idée a d'abord été introduite sous forme d'un projet de loi au Missouri, inspiré de la structure de la loi SB8 du Texas. Si elle avait été adoptée, la proposition aurait permis à des citoyen.ne.s privé.e.s de poursuivre toute personne ayant aidé une femme du Missouri à obtenir un avortement, y compris le médecin hors de l'État et toute personne ayant aidé la personne à franchir la frontière de l'État (Ollstein et Messerly, 2022). Bien qu'elle n'ait pas été promulguée, cette proposition a gagné du terrain en dehors du Missouri et a incité d'autres législateurs à faire pression en faveur d'une telle restriction (Romo, 2022). Actuellement, aucune de ces propositions n'est devenue loi, mais advenant que ce soit le cas dans l'avenir, les tribunaux seraient très probablement appelés à se saisir du dossier, considérant les questions constitutionnelles soulevées, remontant au *Fugitive Slave Act* de 1850<sup>44</sup>. De plus, il importe de noter qu'il existe un précédent concernant spécifiquement l'avortement et le déplacement entre États, plusieurs États interdisant le transport d'une mineure au-delà des frontières de l'État dans le but d'obtenir un avortement, sauf s'il y a consentement parental. Un projet de loi de ce type a également été présenté à plusieurs reprises au Congrès, le plus récent étant celui du sénateur Marco Rubio (R-FL) visant à interdire à l'échelle nationale le transport d'une mineure au-delà des frontières de l'État pour un avortement (S.109, 2021). Selon David S. Cohen, il n'y a toutefois pas de précédent clair en la matière, ce qui entraînerait l'ouverture d'une boîte de Pandore : « there's no clear precedent saying that states can't try to regulate out-of-state conduct if it has come effect in-state or if it [involves] one of their citizens » (Ollstein et Messerly, 2022). Cohen ajoute que ces propositions de loi mettent en lumière des compréhensions et visions dissonantes du fonctionnement du droit aux États-Unis, en disant essentiellement que «

---

<sup>44</sup> Le *Fugitive Slave Act* est une loi adoptée en 1850 par le Congrès des États-Unis dans le cadre de l'opposition entre les États du Nord et ceux du Sud concernant l'esclavagisme. La loi obligeait l'arrestation de toute personne soupçonnée d'avoir fui une situation d'esclavagisme et prévoyait des amendes et peines d'emprisonnement pour les gens qui offraient de l'aide à une personne suspectée d'avoir fui une situation d'esclavagisme. Cette loi controversée, dont l'adoption et l'application sont considérées comme centrales à l'augmentation des tensions menant à la guerre civile, soulève des questions similaires à de potentielles lois anti-avortement s'appliquant au-delà des limites d'un État, notamment l'obligation, pour les policier.ère.s d'un autre État, d'appliquer la loi d'un autre État, et la limite des pouvoirs législatifs des États en relation au contrôle des individus résidant sur leur territoire, mais se déplaçant au-delà des limites de celui-ci.

si vous vivez dans cet État, nous vous contrôlons partout où vous êtes » (Ollstein et Messerly, 2022 [traduction libre]). Toutefois, dans son opinion concordant avec la majorité dans l'affaire *Dobbs*, le juge Kavanaugh offre un avant-goût d'une possible décision en la matière, abordant directement la question des déplacements interétatiques afin d'obtenir un avortement : « Second, as I see it, some of the other abortion-related legal questions raised by today's decision are not especially difficult as a constitutional matter. For example, may a State bar a resident of that State from traveling to another State to obtain an abortion? In my view, the answer is no based on the constitutional right to interstate travel » (*Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 2022).

Qu'elles deviennent ou non une loi, ces propositions sont problématiques dans la mesure où elles influencent le cœur du débat sur l'avortement, en dépeignant les femmes comme des corps reproductibles, en les dépouillant de leur agentivité et en les réduisant à une entité pouvant être contrôlée par les États. Ce faisant, ces discours renforcent l'idée que nous avons avancée dans cette thèse, à savoir que, comme le postule la géopolitique féministe, les femmes/corps sont devenus des territoires sur lesquels le pouvoir est projeté, dans le but de les contrôler. Cependant, contrairement aux cliniques et à l'interprétation traditionnelle du territoire, les corps ne sont pas physiquement ancrés, mais plutôt mobiles et diffus dans l'espace, ce qui conduit les États à proposer des mesures aussi extrêmes que le contrôle du corps des femmes et de leur capacité à se déplacer dans l'espace.

Sur le plan politique, l'avortement s'est également taillé une place prépondérante dans les élections de mi-mandat de 2022, qui constituent le premier test électoral d'un monde post-Dobbs à l'échelle du pays. En août 2022, un premier test, limité à un État a permis de prendre le pouls de l'opinion publique sur la question. Dans le cadre d'un référendum prévu au Kansas avant le renversement de *Roe v. Wade*, les électeur.rice.s de cet État conservateur ont été invité.e.s à répondre à une question référendaire visant à renverser un jugement de la Cour suprême de l'État qui, dans une décision de 2019, a reconnu un droit à l'avortement découlant de la protection du droit des femmes à l'autonomie corporelle. Or, contre toutes attentes dans cet État du Midwest, la victoire du « Non » - et donc du maintien d'une protection du droit à l'avortement - a confirmé ce que plusieurs

sondages laissaient entrevoir : une majorité d'Étatsunien.ne.s s'opposent à une criminalisation complète de Roe v. Wade. En effet, le camp du « Non » a recueilli 59% d'appuis (NBC News, 2022), un pourcentage de vote égal à la proportion d'Étatsunien.ne.s disant être opposé.e.s à un renversement du droit à l'avortement (58%, Brennan, 2022). Ces résultats ont également confirmé que l'avortement est une question électorale qui pourrait être bénéfique pour les démocrates.

Dans les États étudiés dans le cadre de cette thèse, la question de l'avortement a surtout été déterminante en Pennsylvanie, où le gouverneur démocrate Tom Wolf ne pouvait se représenter, ayant atteint sa limite de deux mandats consécutifs. La course opposant le candidat républicain Doug Mastriano au candidat démocrate Josh Shapiro s'est conclue par une victoire convaincante du démocrate, notamment en raison de l'importance de l'enjeu de l'avortement. En effet, 37% des électeur.rice.s sondé.e.s à la sortie des urnes identifient cet enjeu comme étant le plus important dans la course au poste de gouverneur (CNN, 2022). Conséquemment, le maintien d'un contrôle de l'exécutif par les démocrates permet d'assurer un pare-feu entre l'accès à l'avortement et les tentatives des élu.e.s républicain.e.s d'interdire la procédure. Inversement, au Texas, où le gouverneur Greg Abbott tentait également de se faire réélire, l'enjeu de l'avortement a été peu saillant, et le gouverneur sortant a facilement défait son opposant, le démocrate Beto O'Rourke. Nonobstant ce résultat, le sort de l'accès à l'avortement au Texas demeure intimement lié à la législature, puisqu'une inversion des lois restreignant l'avortement dans l'État nécessiterait plus qu'un changement de gouverneur. De plus, comme les questions référendaires doivent, au Texas, être soumises aux deux chambres de la législature et approuvées par 2/3 des élus, une initiative populaire visant à inverser les lois sur l'avortement – quel que soit le gouverneur – n'aurait pas le même impact que ce que nous avons vu au Kansas. Toutefois, l'élection d'un gouverneur démocrate aurait pu réduire le risque d'adoption de nouvelles lois restrictives. Dans les deux autres États étudiés, la Californie et New York, les élections de mi-mandat n'étaient pas un réel enjeu. Il importe toutefois de noter qu'en Californie, les électeur.rice.s ont adopté, à 66%, la proposition d'amendement constitutionnel « Proposition 1 : Amendement sur le droit à la liberté reproductive ». Compte tenu du paysage politique actuel de l'État, l'amendement devrait être adopté, ce qui renforcera la protection des droits reproductifs. Ailleurs au pays, la question de l'avortement a été en filigrane dans nombreuses courses, mais est également à l'avant-scène dans plusieurs autres courses tant à des postes de gouverneurs (par exemple en Arizona) (Montellaro et Messerly, 2022)

qu'au niveau des élections aux postes de législateur.rice.s de l'État et au niveau fédéral. En effet, on observe, au lendemain du renversement de *Roe v. Wade*, une augmentation marquée des inscriptions des femmes sur les listes électorales (Noor, 2022b), soulevant la possibilité d'une vague similaire à celle de 2018 lorsque plusieurs comtés des banlieues ont penché démocrate, notamment en raison du vote des électrices. Cette perception du possible impact des électrices est renforcée par les analyses post-électorales au Kansas, où les femmes ont massivement voté en faveur d'un maintien du droit à l'avortement dans cet État du Midwest (Noor, 2022a).

Ces élections de mi-mandat et la résonance des arguments démocrates quant à la santé reproductive est également significatif au niveau fédéral. Si les républicains ont repris le contrôle de la Chambre des représentants, le maintien d'un contrôle démocrate au Sénat couplé au veto du président Biden fait office de blocage aux tentatives de restrictions des élu.e.s républicain.e.s qui militent pour une limitation temporelle du droit à l'avortement à l'échelle fédérale.

Sur le plan politique, loin de marquer un terme au débat concernant le droit à l'avortement, le renversement de *Roe v. Wade* soulève de nouvelles questions, initiatives et demeure un enjeu déterminant dans le paysage politique étasunien.

### ***Des impacts qui se font déjà sentir***

Au-delà des débats politiques qui demeurent saillants, les conséquences du renversement de *Roe v. Wade* sont déjà tangibles et visibles. Dans *Her Body, Our Laws*, Michelle Oberman postule que le statut légal de l'avortement ne représente pas une différence significative pour les femmes et les filles les plus vulnérables (2018 :11). Si effectivement, pour celles se trouvant dans les positions les plus vulnérables, *Roe c. Wade* ne constituait pas une protection effective de leur accès à l'avortement, pour de nombreuses femmes, le renversement de *Roe c. Wade* les place désormais dans ce groupe des plus vulnérables, les minces protections toujours offertes par ce jugement étant désormais chose du passé.

D'abord, comme évoqué plus haut, la criminalisation de l'avortement soulève des questionnements quant à l'accès à la contraception. Or, plus pressant encore, dans plusieurs États où l'avortement légal n'est plus, plusieurs sonnent l'alarme quant à la disponibilité des soins en cas de fausses couches. En effet, les méthodes utilisées pour l'une et l'autre de ces situations sont identiques, menant à des exemples où les médecins ne peuvent pas procéder à un « avortement » dans un cas de fausses couches, sauf si la vie de la patiente pourrait être en danger. Cette situation a notamment été observée au Texas suite à l'application de la loi SB8 (voir Belluck, 2022). Or, depuis juin 2022, les obstacles supplémentaires à l'accès aux soins dans un cas de fausse couche ou lorsque le fœtus n'est pas viable se multiplient, devenant réalités dans plusieurs États où les médecins craignent des représailles en raison des lois anti-avortement en place (Bohra, 2022). À cette problématique s'ajoute également la crainte qu'en l'absence de *Roe v. Wade* et avec la possible adoption de lois reconnaissant un statut juridique aux fœtus (« fetal personhood »), il y ait une augmentation des cas de femmes accusées de négligences criminelles ayant causé la mort dans des cas de fausses couches ou de mortinaissance, surtout dans un contexte où la femme consomme des stupéfiants, situation déjà recensée actuellement (Diaz Tello et al., 2018; Rowan, 2015; Aspinwall et al., 2022).

Ensuite, la question socio-économique demeure également saillante. Dans un contexte où les femmes doivent maintenant porter le poids financiers des dépenses liées au déplacement en plus du coût de la procédure, plusieurs n'auront plus les moyens d'accéder à l'avortement. Tel que présenté par Oberman (2018 :120), l'accès à un avortement légal et sécuritaire demeure possible aux États-Unis, mais ce droit est, pour les résidentes des États criminalisant la procédure, limité à celles qui ont les moyens financiers de se déplacer vers un autre État et ont la possibilité de prendre le temps nécessaire pour ce déplacement : « it is fair to say that the most significant barrier to abortion, in a world without *Roe v. Wade* will be wealth: how much will an abortion cost and how far must one travel in order to get one » (Oberman, 2018 : 122). Dans une analyse du *New York Times*, la journaliste Allison McCann compare les coûts associés à l'avortement par neuf patientes qui ont dû se déplacer pour obtenir la procédure. Avec le coût de la procédure, les femmes présentées ont dû déboursier entre 1321\$ et 4884\$ pour interrompre une grossesse (McCann, 2022). L'augmentation des coûts associés à la procédure ajoute un poids aux femmes ainsi qu'aux organisations offrant un soutien financier à celles désirant obtenir un avortement (« abortion funds »). Ces organisations, surtout celles portant assistance aux femmes résidant dans un État où

l'avortement est interdit, sont plus sollicitées et les dépenses par patientes ont doublé : « Before the court's decision, the Midwest Access Coalition handled around 30 cases each week. A typical patient's expenses used to cost the fund around \$1,000. The group now helps upwards of 50 people each week and spends twice as much. » (McCann, 2022). Si les neuf patientes présentées dans l'article ont obtenu un soutien d'une telle organisation, les ressources de celles-ci ne sont pas infinies et les obstacles financiers ne sont que plus nombreux.

Troisièmement, tel que recensé après la loi SB8 au Texas, le renversement du droit à l'avortement dans plusieurs États a entraîné une augmentation des recherches concernant l'avortement par médication et l'accès à cette médication (Cobler, 2022; Reader, 2022). Or, tel qu'évoqué plus haut, cela fait l'objet d'une attention accrue de la part des législateur.ice.s anti-choix. Le misoprostol et le mifepristone, vus comme un égalisateur d'accès, notamment pour les patientes résidant en milieu rural ou qui ne peuvent accéder à une clinique, ne peuvent plus être considérés comme tel dans un contexte où l'avortement par médication est également interdit, et où les restrictions à la télémédecine et l'envoi de médication par la poste sont les nouveaux champs de bataille des États conservateurs. Ceci étant, les réseaux formels et souterrains de diffusion d'information et d'accès à la médication demeurent présents, que ce soit dans les marchés aux puces le long de la frontière mexicaine-étasunienne ou sur le web. L'avortement-maison et l'accès à la médication par la poste demeure difficile à policer et contrôler. La demande pour les avortements ne disparaîtra pas avec *Roe v. Wade*, mais de plus en plus, les connaissances de ces réseaux deviendront centrales dans le maintien d'une autonomie corporelle et l'accès à l'avortement-maison.

Finalement, depuis juin, la succession de lois interdisant l'avortement dans certains États a nécessairement entraîné une fermeture des cliniques dans ces États, poussant les résidentes à obtenir leur interruption de grossesse dans les États où le droit demeure protégé. Or, ce qui s'est produit entre la décision de la Cour suprême de permettre l'application de SB8 du Texas en septembre 2021 et le renversement de *Roe v. Wade* offre un aperçu de ce qui est à venir au niveau national en termes d'accès aux soins et de temps d'attente dans les États où l'avortement restera

légal. En effet, dans les moments suivant l'application de SB8, les cliniques situées dans les États entourant le Texas ont connu une augmentation immédiate du nombre de patientes. Cela a conduit à des temps d'attente plus longs, rendant « normales » des attentes de deux à trois semaines avant d'obtenir un rendez-vous (Thompson-DeVeaux, 2022). Toutefois, ce problème était déjà observable à l'échelle du pays : « wait times of a week or more are already fairly common in other parts of the U.S., even in deep-blue states like California and New York » (Thompson-DeVeaux, 2022).

Dans le cadre d'une recherche menée par Caitlin Myers et le *Texas Policy Evaluation Project* affilié à l'Université du Texas à Austin, une équipe de recherche a appelé les cliniques dans les 50 États pour compiler et analyser les temps d'attente. Les données ainsi recueillies ont été analysées par FiveThirtyEight, qui a conclu que la plupart des cliniques (42 %) avaient une disponibilité pour un rendez-vous dans un délai de 2 à 5 jours. Seuls 19 % pouvaient proposer un rendez-vous le jour même, et 32 % étaient incapables de proposer un rendez-vous avant au moins une semaine (dont 12 % qui n'avaient pas de disponibilité avant minimum 2 semaines) (Thompson-DeVeaux, 2022). Ces données montrent qu'avant même le renversement de *Roe v. Wade* en juin 2022, les cliniques à travers le pays étaient déjà à bout de souffle et travaillaient avec des ressources limitées, tirant ainsi la sonnette d'alarme quant à leur capacité à fournir des soins à un nombre accru de femmes, qui ne peuvent plus accéder à l'avortement dans leur État d'origine. Si les temps d'attente les plus longs enregistrés par l'étude se situaient dans des États conservateurs où l'avortement était fortement limité (et aujourd'hui majoritairement interdit), les États progressistes où l'avortement est protégé n'étaient pas à l'abri de temps d'attente plus longs. Par exemple, l'étude souligne que 31 % des cliniques de l'État de New York et 67 % des cliniques de l'Oregon - qui ont tous deux promulgué de nouvelles protections de l'avortement en 2021-2022 - avaient un temps d'attente supérieur à une semaine. Cependant, dans les États progressistes, toutes les patientes et toutes les cliniques ne sont pas égales : les cliniques rurales étaient plus susceptibles de connaître des temps d'attente plus longs que les cliniques en milieu urbain, bien que celles-ci ne soient pas parfaites non plus. Ces temps d'attente dans les États progressistes pourraient augmenter au fur et à mesure que le nombre de patientes provenant de l'extérieur de l'État augmente après l'abandon de *l'arrêt Roe v. Wade*.

En plus d'avoir un impact sur la disponibilité des soins dans un délai raisonnable, la demande accrue dans les États protégeant l'accès à l'avortement a également un impact sur la capacité des patientes à parler à quelqu'un lorsqu'elles appellent pour obtenir des informations et/ou prendre un rendez-vous. Les chercheuses ont dû faire face à de longs délais d'attente avant de pouvoir parler à quelqu'un dans les cliniques – et certaines se sont fait demander de rappeler plus tard – ce qui ajoute aux obstacles à l'accès aux soins (Thompson-DeVeaux, 2022).

Les retards ne sont pas seulement lourds de conséquences en termes de planification et de logistique, mais ont également un impact financier sur les femmes qui cherchent à mettre un terme à une grossesse. En effet, les délais peuvent signifier qu'une femme qui aurait pu bénéficier d'un avortement par médicaments ne peut plus utiliser cette méthode, ou qu'un avortement au premier trimestre se transforme en un avortement au deuxième trimestre, avec l'augmentation des coûts associés à ces changements.

Plusieurs ont déclaré qu'il était tout simplement impossible que 20 États offrent des soins d'avortement aux femmes qui les obtenaient auparavant dans les 50 États. Cette affirmation est souvent présentée en termes de logistique : nombre de cliniques, médecins et ressources disponibles. Cependant, un aspect qui n'a pas été pris en compte dans cette recherche et qui pourrait atténuer l'impact du déplacement de la demande après l'arrêt Dobbs est la réaffectation des ressources des États où l'avortement est désormais interdit vers les États voisins où la procédure reste légale. Par exemple, les cliniques Whole Woman's Health du Texas ont été contraintes de cesser leur offre de soins en matière d'avortement, mais ont depuis annoncé qu'elles rouvriraient leurs cliniques dans les États où la légalité de la procédure est protégée, limitant ainsi la charge sur les cliniques du Nouveau-Mexique (Whole Woman's Health, 2022). Planned Parenthood a également annoncé des investissements pour des cliniques dans des États qui devraient devenir des « sanctuaires » pour les femmes souhaitant obtenir un avortement (Klamann, 2022). Ainsi, bien que nous soyons d'accord avec l'affirmation, nous ne lui conférons pas le même sens que d'autres. Les États qui continueront à protéger et à renforcer le droit à l'avortement auront effectivement du mal - et ce n'est pas de leur faute - à fournir des soins à toutes les femmes qui étaient autrefois en mesure de se faire soigner dans les 50 États. Cela n'est toutefois pas en raison de l'incapacité des cliniques à

augmenter leur capacité de traitement ou de la volonté des États d'augmenter les autorisations ou le financement pour aider à couvrir les coûts supplémentaires, mais plutôt parce que tout le monde ne sera pas en mesure d'atteindre ces cliniques.

Les impacts des restrictions des États sur l'avortement dans un monde post-Dobbs sont donc très localisés - dans le sens où les lois ont d'abord un impact sur le territoire qu'elles gouvernent et sur les personnes qui vivent à l'intérieur de ces frontières, en leur retirant immédiatement le droit d'interrompre une grossesse – et délocalisés – car leurs impacts vont au-delà du territoire qu'elles gouvernent, et suivent le corps des femmes. Ces mêmes restrictions ont un impact sur les femmes dans tous les États, mais pas dans la même mesure, certaines femmes étant plus négativement touchées, ce qui crée une fluctuation du niveau des impacts découlant de ces lois.

### ***Le renversement de Roe v. Wade : L'inégalité des conséquences d'un droit perdu***

Ces trois aspects – la criminalisation de l'avortement et ses conséquences sur d'autres soins; la question économique; et les délais d'accès – affectent l'ensemble des patientes à l'échelle du pays. Or, tel que le souligne la présente thèse, les expériences des femmes latino-américaines en matière de soins de santé reproductive sont marquées par des dynamiques spécifiques qui ne disparaîtront pas dans un monde post-Dobbs. Au contraire, nous pouvons observer comment ces spécificités se traduiront dans la manière dont les femmes percevront leur accès.

Pour les femmes latino-américaines dans les États étudiés, les conséquences du renversement de Roe v. Wade sont multiples, et affectent les différents éléments analysés à travers cette thèse. Toutefois, ces conséquences ne seront pas ressenties de la même façon par toutes les participantes ou leur communauté. En effet, la relation entre territoire, corps et pouvoir nous permet de voir comment le positionnement géographique des femmes et leurs identités entraînent des fluctuations dans l'étendue des impacts découlant d'une absence d'un droit à l'avortement sur l'ensemble du territoire.

Dans un premier temps, le positionnement géographique demeure une variable déterminante dans l'accès à l'avortement post-Dobbs. En effet, pour les femmes vivant dans les États du Sud (Californie et Texas), le poids d'un monde post-Dobbs se fera directement sentir. Les Latinas du Texas ont un accès très restreint à l'avortement depuis le 1er septembre 2021, date à laquelle la loi SB8 est entrée en vigueur, limitant l'accès aux soins après 6 semaines de gestation. Depuis août 2022, la loi gachette du Texas est entrée en vigueur, rendant illégale l'interruption volontaire de grossesse dans le Lone Star State. Toutefois, avant Dobbs, les Texanes pouvaient toujours se rendre dans la plupart des États voisins, où l'avortement, bien que fortement limité, était toujours possible. Aujourd'hui, la majorité de ces États interdisent également la procédure, poussant les Texanes à parcourir de plus longues distances. En opposition, les femmes de Californie n'ont pas perdu leur droit à l'avortement le 24 juin 2022, mais elles vivent désormais dans un État qui est perçu et veut se positionner comme un sanctuaire pour l'accès à l'avortement. Pour les Latinas (et toutes les Californiennes) vivant dans les parties rurales de l'État, où l'accès est déjà rare, voire inexistant, cela pourrait vouloir dire que les délais d'accès pourraient être plus longs, ajoutant aux obstacles à l'accès. L'interdiction de l'avortement en Arizona, au Texas et à venir en Utah peut entraîner des déplacements accrus vers la Californie.

Pour les États au Nord, la situation est similaire à celle de la Californie. Parce qu'aucun État du Nord-Est ne criminalise l'avortement et parce que la région est composée d'États relativement petits, les déplacements entre ceux-ci sont plus faciles, ce qui peut expliquer la différence de perception entre les participantes du Texas et de la Pennsylvanie quant à leur accès à l'avortement. Actuellement, la Pennsylvanie demeure, malgré ses multiples restrictions à l'accès et les tentatives de renversement du droit par des législateurs républicains, un État où la procédure est accessible. Il ne serait donc pas impossible de voir, comme pour les États de New York et de la Californie, une augmentation des déplacements de patientes d'autres États du Midwest, comme l'Ohio et la Virginie occidentale, vers la Pennsylvanie. Selon le Guttmacher Institute, les cliniques du Keystone State deviendront celles les plus proches pour un nombre grandissant de patientes : « The Guttmacher Institute estimates a 1,169% increase in women ages 15-49 whose nearest abortion provider would be in Pennsylvania if abortion is outlawed in nearby states like Ohio, Michigan, West Virginia and Kentucky » (Allen, 2022). Toutefois, il importe de souligner que le maintien du

droit à l'avortement en Pennsylvanie n'est pas assuré sur le long terme, en raison des fréquents partages du pouvoir entre démocrates et républicains dans cet État. Du côté de New York, tel qu'évoqué précédemment, l'État protège le droit à l'avortement et ne partage aucune frontière avec un État criminalisant l'avortement. Toutefois, il ne serait pas impossible de voir une augmentation des déplacements interétatiques, notamment en provenance de l'Ohio (vers Buffalo), ou d'autres États si les délais pour un rendez-vous pour leurs résidentes deviennent trop longs.

Le positionnement par rapport à la frontière a également une incidence sur la perception de l'accès après Dobbs. En effet, s'il y a à peine un an, le mouvement inverse dominait les déplacements transfrontaliers au sud, aujourd'hui, ce sont les cliniques à Tijuana et Coahuila au Mexique – qui a décriminalisé l'avortement en septembre 2021 – qui se préparent à une possible augmentation des patientes étasuniennes (Beaumont, 2022). Au nord, les cliniques canadiennes ne s'attendent pas à une augmentation marquée des patientes étasuniennes en raison des réalités géographiques propres à cette frontière. En effet, la majorité des États frontaliers du Canada protègent le droit à l'avortement, et les patientes des États où l'avortement est criminalisé, ou risque de l'être, sont souvent plus proches de cliniques dans un État voisin ou la différence du temps de trajet ne justifie pas les obstacles logistiques supplémentaires d'un déplacement international. Ensuite, à l'exception de Montréal et Vancouver (qui se situent dans une province frontalière d'un État protégeant le droit à l'avortement), les villes canadiennes sont à plus de deux heures de route de la frontière internationale, diminuant l'attrait de cette option.

Ensuite, tel qu'exploré dans le Chapitre 4, la question du statut migratoire et de l'origine ethnoculturelle affectent l'accès après Dobbs. En effet, la mobilité est liée aux capacités financières, mais également au statut migratoire et son incidence sur la capacité d'une personne à se déplacer aux États-Unis. Tel qu'exploré dans la présente thèse, la présence de points de contrôle (« checkpoints ») dans la zone frontalière le long de la frontière mexicaine-étasunienne entrave la capacité de déplacement des résidentes non documentées de cette région. Conséquemment, pour ces femmes, l'absence d'une clinique locale laisse peu d'options pour obtenir un avortement. L'une

des options qui subsiste est l'avortement-maison. Or, le statut migratoire – ou plutôt la précarité de celui-ci – entraîne des relations différentes quant à la tolérance du risque et de l'illégalité d'un geste. Ainsi, la criminalisation de l'avortement-maison et les barrières à l'accès à l'avortement par médication pourraient, dans un contexte post-Dobbs avoir un impact plus lourd chez les femmes ayant un statut migratoire précaire, une arrestation pouvant se solder en déportation. L'option de traverser une frontière internationale est également hors d'atteinte pour les femmes non documentées. Finalement, la précarité de statut et la question de légalité peut également avoir une incidence sur la propension d'une femme à obtenir un avortement dans un autre État si elle a l'impression de poser un geste illégal. Cette perception est renforcée par le fait que le renversement de *Roe v. Wade* a catalysé la désinformation en espagnol à travers le pays, notamment en diffusant des messages mentionnant que l'avortement est illégal : “These misinformation and disinformation campaigns often revolve around false claims that abortion is now illegal across the entire US and misleading details about the procedure, including discredited statements that it can lead to infertility or breast cancer” (Chen, 2022). Or, tel qu'évoqué dans le cadre de la présente thèse, un tel amalgame entre « avortement » et « illégalité » a des conséquences directes sur la perception d'accès ainsi que sur le sentiment de peur, principalement chez les personnes à statut migratoire précaire.

Pour sa part, la question culturelle peut, tout comme avant *Dobbs*, avoir une incidence sur le réseau de soutien pour la patiente. Or, dans un contexte post-Dobbs, cela peut également être problématique car, contrairement à un rendez-vous dans sa ville de résidence, un déplacement interétatique peut être difficile à justifier sans expliquer la raison de celui-ci. Inversement, la connaissance accrue dans la communauté latino-américaine du misoprostol et de son utilisation pour obtenir un avortement-maison peuvent être bénéfiques, tout comme l'accès à des réseaux de soutien hispanophones créés au Mexique.

Au-delà de la problématique de la désinformation, la question de la langue est également importante lorsqu'on aborde l'enjeu de l'avortement après *Dobbs*. Tel qu'illustré dans le Chapitre

5, l'accès à l'information et la capacité de comprendre celle-ci sont déterminants non seulement pour l'accès local, mais également lorsqu'une personne considère se déplacer dans un autre État. Or, si l'accès à l'information est possible dans les États ayant une forte population latino-américaine, notre recherche démontre que de nombreux obstacles demeurent quant à la traduction des ressources et les services d'interprétation. Dans un monde post-Dobbs, l'accès à l'information en espagnol peut être d'autant plus limité en raison d'une part des peurs associées à la diffusion d'information facilitant l'accès à l'information et d'autre part, car l'information ne sera pas automatiquement disponible dans des États avec une plus faible proportion de résident.e.s hispanophones. Contrairement à d'autres soins de santé, les tabous entourant la santé reproductive peuvent constituer un frein pour les femmes ayant besoin de l'aide d'un proche pour traduire les informations.

Le choix de mettre volontairement un terme à une grossesse s'explique par une multitude de raisons, mais nonobstant celles-ci, la décision d'obtenir un avortement dépend toujours des contextes personnel, culturel, social, économique et politique spécifiques. Pour reprendre la métaphore proposée par Oberman (2018 : 108), chaque personne confrontée à une grossesse non désirée est face à une locomotive sans frein, et la seule différence entre les individus dans cette situation est le nombre de locomotives venant d'autres directions qui lui font également face. Chaque élément pris en considération dans la décision de mettre un terme à une grossesse est influencé par des politiques et leurs impacts différenciés selon l'identité de la personne. Plus qu'une influence sur la décision, ces contextes, indissociables de la décision, ont également une incidence sur la perception et l'expérience de l'accès aux soins de santé reproductive.

Les barrières structurelles à l'accès sont nombreuses, et le contexte post-Dobbs qui se dessine ne contribue actuellement pas à déconstruire celles-ci. La contraception et la conception demeurent, dans le contexte étasunien, « des problèmes de femmes » et donc les femmes portent encore le poids des grossesses non désirées : « we tend to think of accidental pregnancy and its consequences as a woman's fault and ultimately her burden » (Greene Foster, 2020 : 47). Parce que la contraception est, depuis l'invention de la pilule contraceptive, considérée comme la responsabilité des femmes (même lorsqu'elles sont dans une relation à long terme) (Littlejohn, 2021: 2), ce sont

elles qui doivent encore déplacer des montagnes pour accéder à des soins de santé reproductive, et simplement avoir une autonomie corporelle complète. Ce sont elles qui doivent trouver les réseaux officiels et officieux d'aide (souvent également portés par des femmes) afin de s'assurer un minimum de soutien dans l'accès à une interruption volontaire de grossesse.

### *Contributions de la thèse*

Nonobstant les changements aux paysages juridico-politiques tant à l'échelle fédérale qu'étatique, la présente étude des perceptions et expériences de l'accès à l'avortement chez les femmes latino-américaines offre des contributions empiriques et théoriques significatives pouvant à la fois nous outiller quant aux réalités pré-Dobbs ainsi qu'aux phénomènes et expériences pouvant se transposer à un monde post-Dobbs.

D'abord, sur la plan théorique, la thèse propose un cadre d'analyse novateur liant géopolitique critique et approche intersectionnelle. Ce cadre théorique offre deux contributions principales. Dans un premier temps, la thèse propose une théorisation de cette approche de géopolitique intersectionnelle. La thèse offre ainsi une approche permettant d'aborder plus spécifiquement les enjeux où une relation territoire-pouvoir-identités est à l'œuvre, ce que les approches prises individuellement ne peuvent accomplir. Dans un deuxième temps, à travers l'application de l'approche à l'étude des perceptions et expériences de l'accès à l'avortement des Latinas aux États-Unis, la thèse démontre la pertinence d'utiliser une telle approche afin de palier les lacunes existantes de la littérature. L'approche de géopolitique intersectionnelle permet en effet, d'une part, d'aborder différentes échelles territoriales – incluant une conception des corps comme espace territorial – et, d'autre part, les structures de pouvoir et systèmes de domination qui influencent la façon dont les lois et politiques sont perçues et vécues.

Sur le plan empirique, la contribution principale de la thèse réside dans la production d'une connaissance de première main sur les réalités vécues par les femmes latino-américaines quant à l'accès à l'avortement aux États-Unis. Effectivement, tel que mentionné plus haut (voir Chapitre 1), la connaissance scientifique abordant spécifiquement les réalités latinas est mince. Si certaines

contributions abordent ces réalités sous certains angles (par exemple l'immigration), peu de recherches se concentrent strictement sur les vécus latinas, et aucune, à notre connaissance, ne met en relation les différents éléments identitaires afin de comprendre les subtilités des expériences latinas. En s'appuyant sur un questionnaire et des entretiens semi-dirigés, la présente thèse comble ainsi ce vide empirique et théorique concernant l'analyse géopolitique intersectionnelle de la perception et de l'expérience de l'accès à l'avortement chez les Latinas résidant dans quatre États des États-Unis. Grâce à l'approche théorique adoptée, la thèse propose une contribution novatrice en abordant non pas uniquement le facteur identitaire ou géographique, mais plutôt le point d'intersection entre les deux. Plus encore, en raison de son ancrage en géopolitique et en sciences politiques, la thèse propose une contribution originale qui se démarque des autres travaux sur les expériences des Latinas, qui sont ancrés en sciences infirmières, en droit et en psychologie.

Plus spécifiquement, sur le plan empirique, la thèse offre également quatre contributions empiriques plus ciblées. Premièrement, grâce à l'analyse en géopolitique intersectionnelle et à la prise en considération du positionnement géographique dans l'analyse des perceptions et expériences, la thèse contribue à un sous-champ en développement quant aux études d'accès aux soins de santé selon le positionnement au sein d'un même État, et les enjeux de ruralité. Deuxièmement, grâce à sa proposition d'analyser plusieurs échelles géographiques, la thèse contribue directement à la compréhension du rôle que peuvent prendre les frontières internationales dans les stratégies d'accès aux soins de santé. En effet, si la littérature pointe vers une reconnaissance des frontières comme ressource pour accéder aux soins, l'analyse réalisée dans la thèse démontre que d'autres facteurs peuvent influencer cette perception, et que toute frontière n'est pas perçue également quant à ce potentiel de réseau de soins transfrontaliers. Troisièmement, l'analyse des données recueillies lors des entretiens et du questionnaire permettent de valider et d'infirmer certaines intuitions présentes dans la littérature scientifique ayant été étudiées en relation à d'autres groupes identitaires. Ce faisant, il est possible d'identifier les éléments spécifiques aux femmes latino-américaines, et ceux où une convergence existe avec d'autres groupes (par exemple, les femmes afro-américaines). Finalement, la thèse développe une base de données conséquente sur le rapport des femmes latino-américaines à l'avortement. Le questionnaire ayant été développé de façon à ratisser plus large qu'une étude portant uniquement l'avortement, les données recueillies

pourront, dans une analyse subséquente, permettre de mieux comprendre les relations des femmes latinas aux autres aspects de la santé reproductive.

En somme, tant sur le plan théorique qu'empirique, la thèse propose une analyse novatrice permettant de saisir les subtilités et particularités des expériences et perceptions de l'avortement chez les femmes latino-américaines, des réalités souvent peu discutées et rarement abordées en un même lieu sous leurs multiples facettes géographiques, identitaires et politiques.

### ***Recommandations pour un accès accru à la santé reproductive chez les femmes latino-américaines***

À la lumière de la présente recherche et des entrevues menées auprès de femmes directement affectées par la fluctuation des droits reproductifs et sexuels ainsi que l'accès inégal aux ressources, nous tenons à formuler certaines recommandations, tant à l'attention des élu.e.s locaux et fédéraux que des organisations œuvrant en santé reproductive.

#### **1. Ne pas tenir pour acquis que les femmes latino-américaines sont contre l'avortement**

Les femmes latino-américaines sont souvent invisibilisées dans les recherches portant sur la santé reproductive, notamment en raison du stéréotype non fondé qu'elles n'utilisent pas les services d'avortement. Or, tel qu'exposé par les données d'accès à l'avortement et par l'analyse dans la présente thèse, les femmes latino-américaines choisissent l'avortement dans un contexte de grossesses non désirées, mais elles font face à des défis et obstacles spécifiques. Dans un contexte post-Dobbs, il est d'autant plus important de ne pas invisibiliser un groupe et s'assurer que l'étude des impacts des restrictions à l'avortement et des politiques protégeant l'accès prend en considération les femmes latino-américaines, et mobilise une analyse intersectionnelle.

## **2. Assurer un accès à la contraception et faire la promotion d'une responsabilité partagée**

Aux États-Unis, deux patientes sur cinq désirant obtenir un avortement attribuent la grossesse à un problème d'accès aux contraceptifs, incluant une sur cinq pour qui la grossesse est due non pas à un échec de la méthode contraceptive (Greene Foster, 2020 : 53), mais plutôt à une fluctuation de l'utilisation de la contraception en raison d'un accès – financier ou autre – difficile (Greene Foster, 2020 : 49). Le coût de la contraception a également été noté par les participantes à la présente étude comme enjeu d'accès à la contraception, plusieurs mentionnant que la méthode utilisée dépend de considérations financières et non de santé. Dans un contexte où le poids de la contraception retombe encore quasi-exclusivement sur les femmes, il importe d'assurer un accès universel et simple à la contraception à l'ensemble des femmes aux États-Unis. De plus, il importe que la contraception utilisée soit choisie selon les besoins et priorités de la patiente et non pour des considérations financières. Finalement, il est nécessaire d'opérer un changement de discours et de cesser d'attribuer le poids de la contraception et de la conception uniquement aux femmes – sans perdre de vue l'agentivité des femmes et leur nécessaire autonomie corporelle.

## **3. Demander des programmes d'éducation sexuelle plus complets et de meilleure qualité**

Les disparités régionales quant aux programmes d'éducation sexuelle contribuent à un maintien des tabous entourant la santé reproductive et sexuelle. Plus encore, une éducation sexuelle limitée contribue au maintien des obstacles à l'accès à la contraception; limite la capacité des individus à s'auto-représenter et défendre leurs positions par rapport à leur santé reproductive; entrave une prise de décision éclairée pour la planification familiale; et accentue l'absence de discussion ouverte concernant les pratiques sexuelles positives et sécuritaires. Promouvoir la mise en place de programmes d'éducation sexuelle complets et de meilleure qualité est nécessaire dans un contexte où l'accès à l'avortement est plus limité qu'avant.

## **4. Traduire adéquatement l'information offerte par les organisations de santé, organismes locaux et les personnes-ressources – et ce dans tous les États indépendamment de la population latino-américaine locale**

Au-delà de la disponibilité de l'information, il est primordial d'assurer que celle-ci soit accessible dans une pluralité de langues, dont l'espagnol, et ce indépendamment de la part de la population locale parlant ladite langue. Dans un contexte où les déplacements interétatiques s'accroîtront, l'accès à l'information en espagnol (et autres langues) est nécessaire pour assurer que toutes comprennent les lois en place dans les États où elles se rendent. Plus encore, tel qu'évoqué dans la présente thèse, il est souvent plus facile, même pour les patientes bilingues, de s'exprimer dans leur langue maternelle lorsqu'il est question de quelque chose d'aussi intime que la santé reproductive. Afin d'assurer un accès universel à l'avortement et aux autres soins de santé reproductive, l'information doit être adéquatement traduite et rendue disponible en espagnol et dans les autres langues parlées aux États-Unis.

#### **5. Augmenter la visibilité des cliniques non affiliées à Planned Parenthood**

La majorité des avortements sont aujourd'hui réalisés dans des cliniques indépendantes, non-affiliées à Planned Parenthood. Or, dans le cadre de cette étude, nous avons pu observer que cette organisation nationale est souvent la seule ressource connue par les participantes. Dans un contexte où le nombre de cliniques est en déclin et que les ressources sont réattribuées vers d'autres cliniques ou États, il est nécessaire d'assurer une visibilité aux cliniques indépendantes afin de s'assurer que les femmes trouveront la clinique la plus accessible pour elles, et non uniquement les cliniques affiliées à une bannière nationale.

#### **6. Faire la promotion des regroupements pro-choix travaillant avec les communautés latino-américaines**

Le tabou entourant l'avortement au sein de la communauté latino-américaine peut limiter le nombre d'organismes pro-choix oeuvrant directement auprès de cette communauté. Or, afin d'assurer une représentation des réalités, intérêts et besoins des femmes latino-américaines dans le discours local, étatique et national, plus de place doit être faite pour ces organisations. Leur voix doit être amplifiée et leur travail doit être soutenu, afin de favoriser l'échange d'information, promouvoir des solutions

augmentant l'accessibilité et la connaissance dans les communautés et assurer que les expériences des femmes latino-américaines ne soient plus invisibilisées dans les discours pro-choix.

### **7. Augmenter les ressources dans les États « sanctuaires »**

Le déplacement des femmes vers les États « sanctuaires » est un phénomène qui s'accroîtra dans les prochaines semaines et les prochains mois. Les gouvernements dans ces États ont une responsabilité d'agir afin de favoriser l'augmentation du nombre de cliniques sur leur territoire. Ce faisant, les États doivent s'assurer que les résidentes de l'État ne feront pas face à des délais exponentiels et que les femmes se déplaçant vers l'État pourront également obtenir un avortement dans des délais raisonnables. En effet, si un État ne peut pas discriminer une patiente non résidente, il n'y a aucune obligation ou garantie que l'offre de service suivra la courbe de demande. Ce n'est pas juste une question de qui a les moyens économiques de se déplacer, mais une question de temporalité (découverte de la grossesse, prise de décision, date du rendez-vous, etc). Les États doivent donc agir pour faciliter l'octroi des permis pour les cliniques médicales et travailler de concert avec les organismes de défense du droit à l'avortement et les chercheur.e.s pour déterminer les besoins réels.

### **8. Assurer une diversité de localisation des cliniques**

Tel que souligné par plusieurs participantes à cette étude, les cliniques offrant l'avortement sont perçues comme étant concentrées dans des quartiers blancs et plus privilégiés sur le plan socio-économique. Alors que plusieurs cliniques déménagent et que de nouvelles pourraient ouvrir leurs portes, il est temps de réfléchir à l'emplacement de ces cliniques, à leur accessibilité tant en voiture qu'en transport en commun, afin de minimiser le poids logistique pour les patientes et diminuer les obstacles à l'accès physique aux cliniques.

## **9. Ne pas fermer les cliniques dans les États criminalisant l'avortement**

Plusieurs cliniques offrant l'avortement ont annoncé une relocalisation de leurs équipes vers des États plus progressifs – limitrophes ou non – afin de poursuivre l'offre des services d'avortement. Or, pour les cliniques qui offraient des services autres que celui-là, une fermeture entraîne une perte de services en santé reproductive. Dans la réallocation des ressources, il importe de ne pas oublier les patientes qui resteront derrière et dont les besoins en santé reproductive ne disparaîtront pas.

## **10. Encourager la collaboration entre les groupes pro-choix transnationaux**

Finalement, même avant Dobbs, les déplacements transfrontaliers faisaient partie de l'écosystème des soins reproductifs pour les résidentes de la zone frontalière entre les États-Unis et le Mexique. Considérant les réseaux développés au Mexique pour assurer une autonomie corporelle aux femmes dans un contexte de criminalisation de l'avortement, l'accès au misoprostol en vente libre au Mexique et les déplacements de Mexicaines pour obtenir un avortement au Mexique, il est clair que le renversement de l'avortement en Arizona et au Texas aura des conséquences qui dépasseront la frontière internationale. Dans ce contexte, une augmentation de la collaboration entre les groupes pro-choix des deux côtés de la frontière et l'établissement de groupes transfrontaliers pourraient bénéficier aux femmes des deux côtés de la frontière, facilitant leur accès à l'information et à l'avortement.

## ***Conclusion***

Le renversement de *Roe v. Wade* le 24 juin 2022 constitue à la fois une onde de choc et un moment charnière pour les droits des femmes et des minorités sexuelles et de genre aux États-Unis.

Si les hommes sont également affectés par l'absence d'un droit à l'avortement protégé au niveau fédéral, les derniers mois ont démontré, une fois de plus, que le poids de la contraception, la conception et l'avortement demeurent quasi-exclusivement porté par les femmes. Dans les prochains mois et les prochaines années, il sera nécessaire de tourner notre regard vers cette

dynamique. Dans un monde post-Dobbs, il faudra également se questionner quant aux types de relation de genre que l'on souhaite sur la question de l'avortement et plus largement sur les questions de santé reproductive. On devra par ailleurs étudier les impacts d'une perte du droit à l'avortement à travers la lentille du genre et de l'intersectionnalité. En effet, quels impacts pour les personnes trans ? Comment le système post-Dobbs perpétue les débalancements de genre en matière de responsabilité quant à la contraception, la santé sexuelle, la grossesse et la planification familiale ?

La décision de mettre un terme à une grossesse est systématiquement imputée à la femme, qui porte le poids émotionnel, financier, physique, logistique, politique, social et culturel de la décision. Et pourtant, à maintes reprises nous avons été témoins de l'impossible séparation entre cette décision et les forces systémiques qui tentent constamment de s'approprier les corps des femmes, leur autonomie, leur agentivité, influençant leur quotidien avant même qu'elles n'aient une relation sexuelle.

Si les femmes sont à nouveau un dommage collatéral d'un système politique qui a failli à sa tâche de protéger l'égalité et l'autonomie de tou.te.s – et ce, même avant Dobbs – l'accès à l'avortement ne cessera pas aux États-Unis. Il est simplement rebrassé, modifiant à nouveau les relations entre les corps, porteurs d'identités multiples, les territoires, et le pouvoir projeté sur ces espaces. Au-delà de l'avortement, toute la santé reproductive se trouve aujourd'hui politisée. Avoir un enfant ou non n'est plus un choix, la grossesse, l'accouchement, le postpartum, la contraception et l'avortement étant contrôlés, limités et influencés par les identités de la personne qui tente d'accéder à ce que l'on considérait autrefois comme un soin de santé.

## ANNEXE 1

### LOIS PORTANT SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS LES ÉTATS ÉTUDIÉS

	<b>Limite semaine</b>	<b>Avortement par médecin</b>	<b>Interdit D&amp;E</b>	<b>Interdit télé-médecine</b>	<b>Interdit avortement si anomalie fœtale</b>	<b>Interdit avortement maison</b>	<b>Interdit avortement pour sélection du sexe</b>	<b>Limites avortement médical</b>
Californie	Viabilité (California Health and Safety Code 123468(b))							
New York	24 (sauf si absence de viabilité ou risque pour la femme) (Reproductive Health Act, 2019)					Oui, après 24 semaines (N.Y. Penal Law 125.50; N.Y. Penal Law 125.55)		
Pennsylvanie	24 (18 Pa. Cons. Stat. Ann. § 3211(a)); 6 (HB904, 2021 – à l'étude)	Oui (18 Pa. Cons. Stat. Ann. § 3204)						
Texas	20 (HB2, 2013); 6 (SB8, 2021 – contesté)	Oui (Woman's Right to Know Act, 2003)	Oui (SB8, 2017)	Oui (SB1107, 2017)				

	<b>Ultrason obligatoire</b>	<b>Période d'attente</b>	<b>Consent. informé</b>	<b>Consent. parental</b>	<b>Avortement médical renversable</b>	<b>Couverture par Medicaid</b>	<b>Couverture par assurance privée</b>
Californie			Oui (customary law)	† (American Academy of Pediatrics v. Lungren, 1997)		Oui, médicalement nécessaire (Medi-Cal Medical Services Provider Manual, Part 2, Abortions, 1-8)	Obligatoire (Health & Safety Code § 1340; Letter from Cal. Dep't of Managed Health Care to Blue Cross of Cal., Anthem Blue Cross, 2014)
New York						Oui, médicalement nécessaire	Obligatoire (48th Amendment to Part 52 of Title 11 of the Official Compilation of Codes, Rules and Regulations of the State of New York (Insurance Regulation 62))
Pennsylvanie		24h (18 Pa. Cons. Stat. Ann. §§ 3205, 3208, 1982)	Oui, texte fourni par l'État & brochure développement fœtal (18 Pa. Cons. Stat. Ann. §§ 3205, 3208, 1982)	Oui, consentement (Act 138, 1982)		Pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger (Act 138, 1982)	Interdiction pour les assurances du secteur public (18 Pa. Cons. Stat. Ann. §§ 3215(c), (d), 1982) & sous ACA (40, Pa. Cons. Stat. Ann. §§ 3501, 3502) sauf pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger

Texas	Oui, avec description & écoute battements de cœur (HB15, 2011)	24h (Woman's Right to Know Act, 2003; HB15, 2011)	Oui, texte fourni par l'État & brochure développement fœtal (Woman's Right to Know Act, 2003; HB15, 2011)	Oui, avis & consentement (SB30, 1999)		Pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger	Restreint (HB214, 2017)
-------	--	---	---	---------------------------------------	--	--	-------------------------

† Bloqué de façon permanente

	<b>Obligation d'enterrement/ crémation du fœtus</b>	<b>Obligation privilège d'admission</b>	<b>Obligation de sauver fœtus né vivant</b>	<b>Protection droit à l'avortement</b>	<b>Protection droit à la vie</b>	<b>Protection liberté religieuse ou éthique</b>	<b>Si Roe v. Wade tombe...</b>	<b>COVID-19</b>
Californie				Oui (Reproductive Privacy Act, 2002; California Proclamation on Reproductive Freedom, 2019)		Oui, dans certains cas (California Health and Safety Code 123420(a))	Protection accès (Reproductive Privacy Act, 2002)	
New York				Oui (NY Public Health § 2599-aa)		Oui, dans certains cas (N.Y. Civil Rights Law § 79-i, 1971); N.Y. Compilation of Codes, Rules & Regulations, title 10, § 405.9)	Protection accès (NY Public Health § 2599-aa)	
Pennsylvanie							Rien prévu	
Texas							Retour statut pré-Roe	Interdiction avortement durant urgence sanitaire (22-03 à 22-04 2020)

**ANNEXE 2**

**LOIS PORTANT SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS LES ÉTATS LIMITROPHES AUX  
ÉTATS ÉTUDIÉS**

	<b>Limite semaine</b>	<b>Avortement par médecin</b>	<b>Interdit D&amp;E</b>	<b>Interdit télé- médecine</b>	<b>Interdit avortement si anomalie fétale</b>	<b>Interdit avortement maison</b>	<b>Interdit avortement pour sélection du sexe</b>	<b>Limites avortement médical</b>
<b>Arizona</b>	Viabilité (AZ Rev. Stat. § 36-2301.01); 20 (AZ Rev. Stat. § 36-2159) †	Oui (AZ Rev. Stat. §§ 36-2153(E), - 2155; AZ Rev. Stat. §§ 32-2501(11), - 2531, -2532; AZ Rev. Stat. § 32-1606)	Oui (AZ Rev. Stat. § 13-3603.01)	Oui (AZ Rev. Stat. § 36-3604)	Oui (SB1457, 2021)	Oui (AZ Rev. Stat. 13-2640)	Oui (AZ Rev. Stat. § 36-2152)	
<b>Arkansas</b>	Viabilité (Ark. Code Ann. §§ 20-16-701 to - 707, 1969, amendé 1999); 20 (Ark. Code Ann. § 20-16-1405); Interdit total (SB6, 2021) ☐	Oui (Ark. Code Ann. § 5-61-101, 1983; amendé 2017)	Oui (Ark. Code Ann. §§ 20-16-1802 to -1805, H.B. 1032, 2017)	Oui (SB53, 2015)	Oui (Ark. ST § 20-16-2003) ☐		Oui (Ark. Code Ann. §§ 20-16-1903 to -1906, HB1434, 2017) ±	
<b>Connecticut</b>	Viabilité (Conn. Gen. Stat. Ann. § 19a-602(a)(b), 1990)	Oui pour chirurgical (Conn. Agencies Regs. § 19-13-D54(a), 1974, amendé 2005;						

		Conn. Op. Att’y Gen. No. 2001-003, 2001)						
<b>Delaware</b>	20 (Del. Code Ann. tit. 24, § 1790(b)(1), 1969, amendé 1995)	Oui (Del. Code Ann. tit. 24, § 1790, 1969, amendé 1995)				Oui (11 Del. Code 652)		
<b>Louisiane</b>	20 (La. Rev. Stat. Ann. §§ 40:1061.1, 2012); 6 (LA R.S. 40:1061.1.3, 2019 – non appliqué)	Oui (La. Rev. Stat. Ann. § 40:1061.10, 1978, amendé 1999, renuméroté 2015; La. Rev. Stat. Ann. § 40:1061.9, 1978, renuméroté 2015; H.B. 488, 2016; La. Rev. Stat. §§ 14:32.9 & 32.9.1, 2012)	Oui (La. Rev. Stat. Ann. § 14:32.10, 40:1061.27-19, 2007, renuméroté 2015; La. Rev. Stat. Ann § 40:1061.1.1, 2016; HB1081, 2016)	Oui (SB 90, 2013)	Oui (HB1019, 2016)			
<b>Maryland</b>	Viabilité (Md. Code Ann. Health-Gen. §20-209, 1991)	Oui (Md. Code Ann., Health-Gen. § 20-207, 1970, amendé 1982; Md. Code Ann., Health-Gen. §20-208, 1991)						
<b>Massachusetts</b>	24 (sauf cas anomalie fœtale ou si santé phys./mental à risque) (Mass.	Oui pour chirurgical (Mass. Gen. Laws Ann. ch. 112, § 12K,						

	Gen. Laws Ann. ch. 112, § 12M, 1974, renuméroté 1977)	1974, renuméroté 1977, amendé 2005; Mass. Gen. Laws Ann. ch. 112, § 12L, 1974, renuméroté 1977)						
<b>Nevada</b>	24 (Nev. Rev. Stat. Ann. § 442.250, 1973, amendé 1985)	Oui (Nev. Rev. Stat. Ann. § 442.250, 1973, amendé 1985)				Oui (Nev. Rev. Stat. Ann. 200.220)		
<b>New Jersey</b>	N/A	Oui pour chirurgical (N.J. Admin. Code tit. 13, § 35-4.2(b), 1978, renuméroté & amendé 1986)	†					
<b>Nouveau-Mexique</b>	N/A	Oui pour chirurgical (N.M. Stat. Ann. § 30-5-1(C), 1969; N.M. Op. Att’y Gen. No. 90-19, 1990)	Oui, post-viabilité (N.M. Stat. Ann. §§ 30-5A-1 to 30-5A-5, 2000)					
<b>Ohio</b>	20 (SB127, 2016); 6 (OH ST § 2919.193, 2019) ☐	Oui (Ohio Rev. Code Ann. § 2919.11, 1974; Ohio Rev. Code Ann. § 4731.41)	Oui (S.B. 145, 2018)	Oui (SB260, 2020) ☐	☐			

<b>Oklahoma</b>	20 (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-745.1, 2011); 6 (HB2441, 2021); Interdit total (HB1102, 2021)	Oui, chirurgical (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-731, 1978, amendé 1999) et médical (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-729a, 2010); Limitations OB/GYN (HB1904, 202) & suspension permis de médecins qui pratiquent avortement (HB1102, 2021)	Oui (Okla. Stat. Ann. Tit. 63 §§ 1-737.9, -.10, -.11, -.13, 2015) ±	Oui (2012)		Oui (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-733, 1978, amendé 1997)	Oui (Okla. Stat. Ann. § 63-1-731.2(B); SB1890, 2010)	
<b>Oregon</b>	N/A							
<b>Vermont</b>	N/A							
<b>Virginie occidentale</b>	20 (W. VA. Code Ann. §16-2M-4, 2015) 12 (W. Va. Code Ann. §§ 33-42-3(3) à (5), 1998; W. Va. Code Ann. § 33-42-8, 1998) †		Oui (SB10, 2016)	Oui (HB 2509, 2017)				

☐ Temporairement bloqué † Bloqué de façon permanente ± Bloqué, puis réinstauré

	<b>Ultrason obligatoire</b>	<b>Période d'attente</b>	<b>Consent. informé</b>	<b>Consent. parental</b>	<b>Avortement médical renversable</b>	<b>Couverture par Medicaid</b>	<b>Couverture par assurance privée</b>
<b>Arizona</b>	Oui (AZ Rev. Stat. § 36-2156)	24h	Oui, texte fourni par l'État & brochure développement fœtal (AZ Rev. Stat. § 36-2153)	Oui, consentement (AZ Rev. Stat. § 36-2152)		Oui, médicalement nécessaire – non appliqué	Interdit pour les plans sous ACA (AZ Rev. Stat. § 20-121)
<b>Arkansas</b>	Oui (Ark. Code Ann. § 20-16-602) & obligation regarder (SB85, 2021; Act 498, 2021)	72h (SB278, 2019)	Oui, texte fourni par l'État & brochure développement fœtal (Ark. Code Ann. §§ 20-16-901 to -908, -1101 to -1111, 2001 - remplacé en 2015; Ark. Code Ann. §20-16-1703, 2015; AR ST § 20-16-1703(b)(9)(A), 2019) & Obligation d'appeler une « hotline » gérée par l'État (HB1195, 2021)	Oui, consentement + obligation aviser forces de l'ordre lorsqu'une mineure veut avorter (Ark. Code Ann. § 20-16-801 to -810)	Oui (AR ST § 20-16-1703(b)(9)(A), 2019)	Pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger (Ark. Medicaid Physician Provider Manual, Physician/Independent Lab/CRNA/Radiation Therapy Center, Program Coverage, § 251.220)	Si achat sous ACA, couverture uniquement cas viol, inceste ou danger pour la vie (sauf si patiente achète une couverture supp.) (Ark. Code Ann. § 23-79-156, 2013)
<b>Connecticut</b>			Oui (customary law)			Oui, médicalement nécessaire (Conn. Dep't of Soc. Servs., Conn. Medical Assistance Program, Physician Provider Manual, 2013; <i>Doe v. Maher</i> , 515 A.2d 134, 1986)	

<b>Delaware</b>			Oui (customary law)	Oui, pour mineure de moins de 16 ans, avis (peut être omis dans certains cas) (Del. Code Ann. tit. 24, §§ 1780 to 1789B, 1995)		Pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger (2:6 Del. R. 984; Practitioner Provider Specific Policy Manual § 2.7 and Appendix M, Abortion Justification Form, 2002)	
<b>Louisiane</b>	Oui (La. Rev. Stat. Ann. §1061.10.(D))	24h (La. Rev. Stat. Ann. § 40:1061.17 (B) (1), 1978, amendé 2015; La. Rev. Stat. Ann. § 40:1061.16, 2014, amendé 2016), sauf en cas de viol (La. Rev. Stat. Ann. § 40:1061.18, 1994, amendé 2005, renuméroté 2015)	Oui, texte fourni par l'État & brochure développement fœtal (La. Rev. Stat. Ann. § 40:1061.17, 1978, renuméroté 2015; La. Rev. Stat. Ann. § 40:1061.16, 2014, renuméroté 2015)	Oui, consentement (La. Rev. Stat. Ann. § 40:1299.35.5, 1978, amendé 1997)	Oui (Abortion Pill Reversal Disclosure Act, 2021)	Pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger (La. Rev. Stat. Ann. §§ 40:1061.6, 1978, amendé 1994, renuméroté 2015; La. Rev. Stat. Ann. §§ 40:1061.35.7, 1994, amendé 2005)	Interdit pour les plans sous ACA (La. Rev. Stat. Ann. § 22:1014, 2010)
<b>Maryland</b>				Oui, avis (peut être omis dans certains cas) (Md. Code Ann., Health-Gen. § 20-103, 1982, amendé 1991; Md. Code art. 1,		Pour viol, inceste, si la vie de la patiente est en danger, si anomalie fœtale, ou si la poursuite de la grossesse présente un risque substantiel à la santé physique ou	

				§ 24, 1973, amendé 2002)		mentale de la patiente (Md. Regs. Code tit. 10, §§ 09.02.04(G))	
<b>Massachusetts</b>			Oui, texte fourni par l'État (Mass. Gen. Laws Ann. ch. 112, § 12S, 1974, amendé 1980)	Oui, si patiente moins de 16 ans (Mass. Gen. Laws Ann. ch. 112, § 12S, 1974, amendé 1980)		Oui, médicalement nécessaire (Mass. Regs. Code tit. 130, § 484.001, 433.455)	
<b>Nevada</b>			Oui (customary law)	†		Pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger (Div. of Health Care Financing & Policy, Nev. Dep't of Human Resources, Medicaid Services Manual, ch. 600, § 603.4(2)(c))	
<b>New Jersey</b>				†		Oui, médicalement nécessaire (N.J. Admin. Code tit. 10, § 54-5.43, 2011, amendé 2012)	
<b>Nouveau-Mexique</b>				†		Oui, médicalement nécessaire	
<b>Ohio</b>	Oui (Ohio Rev. Code Ann. § 2317.561, 2008; 2919.192, 2019)	24h (Ohio Rev. Code Ann. § 2317.56, 1991, amendé 1998)	Oui, texte fourni par l'État & brochure développement fœtal (Ohio Rev. Code Ann. § 2317.56, 1991, amendé 1998; OH ST § 2919.194, 2019)	Oui, consentement (Ohio Rev. Code Ann. §§ 2151.85, 1985; 2505.073, 1985; 2919.12, 1974, amendé 1995; 2919.121, 1998, amendé		Pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger (Ohio Admin. Code § 5101:3-17-01; Ohio Dep't of Job and Family Servs., Ohio Medicaid Provider Handbook, Physician	Interdit pour les plans sous ACA & les plans pour les employées de l'État (Ohio Rev. Code Ann. § 3901.87, 2011; Ohio Rev. Code Ann. § 9.04, 1998, amendé 2011)

				2011; .122, 1998)		Servs., 5101:3-17-01, 2005)	
<b>Oklahoma</b>	Oui (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-740.2, 1-738.3d, 2010)	72h (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-740.2, 1-738.2, 2005) & offre d'écouter (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-745.14, 2012)	Oui, texte fourni par l'État & brochure développement fœtal (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-740.2, 1-738.2, 1-738-3, 2005; Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-747.2, 1-746.3, 1-746.4, 2014)	Oui, avis & consentement (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-740.2, 1-740.3, 2005; Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-737.6, 2010)	Oui (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-756, 2019)	Pour viol, inceste ou si la vie de la patiente est en danger (Okla. Admin. Code § 317:30-5-6(a); Okla. Admin. Code § 317:30-5-50(a))	Interdit (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-741.3, 2007, annulé puis réadopté 2011)
<b>Oregon</b>						Oui, médicalement nécessaire (Or. Admin. R. 410-130-0562; Or. Dep't of Human Servs., Office of Medical Assistance Programs, Medical-Surgical Servs. Rulebook, 410-130-0562)	Obligatoire, sauf pour org. religieuse (§731.036(3), 2017; HB 3391, 2017)
<b>Vermont</b>						Oui, médicalement nécessaire (Vt. Dep't of Soc. Welfare, PP & D Memo, Policy Interpretation, 1994; Vt. Dep't. of Health Access, Green Mountain Care Provider Manual, révisé 2019; Vt. Dep't of Health Access, Abortion Certification, DVHA 219B, révisé 2010)	
<b>Virginie occidentale</b>		24h (W. VA. Code Ann. §§	Oui, texte fourni par l'État &	Oui, avis (peut être omis dans		Pour viol, inceste, anomalie fœtale ou	

		16-2I-1 to -3, 2003)	brochure développement fœtal (W. VA. Code Ann. §§ 16-2I-1 to -3, 2003)	certain cas) (W. Va. Code Ann. §§ 16-2M-2, 2F-1 to -9, 1984)		si la vie de la patiente est en danger (W. Va. Code §9-2-11)	
--	--	----------------------	--	--	--	--	--

† Bloqué de façon permanente

	Obligation enterrer/ crémation du fœtus	Obligation privilège admission	Obligation de sauver fœtus né vivant	Protection droit avortement	Protection droit à la vie	Protection liberté religieuse ou éthique	Si Roe v. Wade tombe...	COVID-19
<b>Arizona</b>	Oui (SB1457, 2021)		Oui (AZ Rev. Stat. § 36-2301)			Oui (AZ Rev. Stat. § 36-2154)	Illégal, sauf si la vie est en danger (AZ Rev. Stat. § 13-3604, non applicable)	
<b>Arkansas</b>	Obligation d'implication de la famille de la patiente dans la décision concernant comment disposer des restes (Ark. Code Ann. §§ 20-17-801 to -802, H.B.1566, 2017) ±	Oui, pour les avortements médicaux (Ark. Code Ann. § 20-16-1504(d)(2) (2015))			Oui (Act 308, 2021)		Illégal, sauf si la vie est en danger (Ark. Code Ann. §§ 5-61-301 – 304, 2019)	Avortement interdit durant urgence sanitaire
<b>Connecticut</b>				Oui (Conn. Gen. Stat. Ann. § 19a-602(a), 1990)			Protection accès (Conn. Gen. Stat. Ann. § 19a-602(a), 1990)	
<b>Delaware</b>				Oui (S.S. 1, 149th Gen Assem., 2017)			Protection accès (S.S. 1, 149th Gen Assem., 2017)	
<b>Louisiane</b>					Oui (HB425, 2019; Act 447, 2020)		Illégal (La. Rev. Stat. Ann	Avortement interdit durant

							§§ 40:1061, 2006)	urgence sanitaire (21-03 à 01-05 2020)
<b>Maryland</b>				Oui (Md. Code Ann., Health-Gen. § 20-209, 1991)	Fetal harm law sans protection pour femme enceinte (Md. Crim. Law § 2-103)		Protection accès (Md. Code Ann., Health-Gen. § 20-209, 1991)	
<b>Massachusetts</b>				Oui (Ma. Declaration of Rights)	Fetal harm law sans protection pour femme enceinte (Commonwealth vs. Lawrence, 536 N.E.2d 571, 1973; Commonwealth vs. Cass, 467 N.E.2d 1324, 1984)		Protection accès (Ma. Declaration of Rights)	
<b>Nevada</b>				Oui (Nev. Question No. 7, 1990; Nev. Const. art.19, § 1(3))			Protection accès (Nev. Question No. 7, 1990; Nev. Const. art.19, § 1(3))	
<b>New Jersey</b>				Oui (NJ Constitution)			Protection accès (NJ Constitution)	
<b>Nouveau-Mexique</b>				Oui (NM Constitution)			Protection accès (NM Constitution), mais loi pré-Roe toujours en place	

							(N.M. Stat. Ann. §§ 30-5-1 & 30-5-3, 1969)	
<b>Ohio</b>	Oui (SB27, 2020)						Illegal; Human Life Protection Act (2021 – introduit)	Avortement interdit durant urgence sanitaire
<b>Oklahoma</b>		†	Oui (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-734, 1978, amendé 1999)		Oui (Okla. Stat. Ann. tit. 21, § 691, 2006); Poursuite clinique par "père" du fœtus ou parents d'une mineure (SB1728, 2020)	Oui (Okla. Stat. Ann. tit. 63, § 1-741, 1978)	Illégal	Avortement interdit durant urgence sanitaire
<b>Oregon</b>				Oui (Reproductive Health Equity Act, 2017)			Rien prévu	
<b>Vermont</b>				Prop. 5 en référendum, 2022			Rien prévu; Prop. 5 pour amender la constitution en référendum, 2022 (H57, 2019; Vt. Stat. Ann. tit. 18, Pt. 9, Ch. 223, Refs & Annos, 2019)	
<b>Virginie occidentale</b>			Oui (HB 4007, 2020)				Statut pré-Roe (W. Va.	Avortement interdit

							Code Ann. § 61-2-8, 1848, amendé 1882)	durant urgence sanitaire
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------

± Bloqué, puis réinstauré

## ANNEXE 3

### CERTIFICAT À L'ÉTHIQUE

#### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE plurifacultaire) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	La remise en cause de Roe v. Wade: L'accès des femmes latino-américaines aux soins de santé reproductive dans les zones frontalières étasuniennes
Nom de l'étudiant:	Andréanne OLIGNY-BISSONNETTE
Programme d'études:	Doctorat en science politique
Direction de recherche:	Frédéric GAGNON

#### Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Raoul Graf  
Président du CERPE plurifacultaire  
Professeur, Département de marketing

Titre du projet: La remise en cause de Roe v. Wade: L'accès des femmes latino-américaines aux soins de santé reproductive dans les zones frontalières étasuniennes

Nom de l'étudiant: Andréanne OLIGNY-BISSONNETTE

Programme d'études: Doctorat en science politique

Direction de recherche: Frédérick GAGNON

**Objet : Modifications apportées au projet**

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE plurifacultaire) a bien reçu votre demande de suivi continu et vous en remercie.

La présente vise à confirmer l'approbation, au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'ensemble des modifications apportées au projet.

Ces modifications concernent :

- Le recrutement des personnes

Les membres du CERPE plurifacultaire vous offrent leurs meilleurs vœux de succès pour la réalisation de votre recherche.

Cordialement,



Raoul Graf  
Président du CERPE plurifacultaire  
Professeur, Département de marketing

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE plurifacultaire) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2016) de l'UQAM.

- Titre du projet : La remise en cause de Roe v. Wade: L'accès des femmes latino-américaines aux soins de santé reproductive dans les zones frontalières étasuniennes
- Nom de l'étudiant : Andréanne Oigny-Bissonnette
- Programme d'études : Doctorat en science politique
- Direction(s) de recherche : Frédéric Gagnon

### Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-04-16**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Élise Ducharme

Pour Raoul Graf, M.A., Ph.D.

Président CERPE plurifacultaire et Professeur titulaire, département de marketing



**ANNEXE 4**  
**QUESTIONNAIRE EN LIGNE**

**PAGE D'ACCUEIL**

**Formulaire de consentement & présentation du projet**

**PAGE 1**

Eligibility questions

- Are you 18 or older? Yes / No
- Do you identify as a Latina woman? Yes / No
- Do you reside in California, New York, Pennsylvania or Texas? Yes / No

*Si la participante répond "Non" à une ou plusieurs questions, le message suivant s'affichera et le questionnaire prendra fin.*

I am sorry, unfortunately, this study is specifically for participants who are Latina women, over 18 years old and living in one of the four mentioned states.

*Si la participante répond oui aux trois questions, le questionnaire passera à la prochaine page.*

**PAGE 2**

**Identification**

*Identification questions are only required for the researcher. Your questionnaire will be identified through a coded identity (first letter of your last name, age, last two numbers of your postal code).*

Name: (boîte de texte)

Age: (boîte de texte)

Postal code:

**Demographics**

Relationship status:

- Married
- Single
- Widow
- Separated
- Civil Union

Sexual orientation:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Asexual
- Pansexual
- In questioning
- Would prefer not to answer

Level of education:

- Elementary school/Primary school
- Middle school
- High school/Secondary school
- 2-year college degree
- 4-year college degree
- Master degree (MA)
- Doctoral degree (PhD)
- Postdoctoral degree

Occupation: (boîte de texte)

Family income

- Less than 10,000\$
- 10,001\$-25,000\$
- 25,001\$-40,000\$
- 40,001\$-55,000\$
- 55,001\$-70,000\$
- 70,001\$-85,000\$
- 85,001\$-100,000\$
- More than 100,000\$

Religious affiliation:

- Evangelical Protestant
- Protestant (non evangelical)
- Protestant (historically black churches)
- Catholic
- Mormon
- Jehovah's Witnesses
- Orthodox
- Jewish
- Muslim
- Buddhist
- Hindu
- Atheist
- Agnostic
- Secular unaffiliated
- Religiously unaffiliated
- Other

Which statement best represents your relation with religion?

1. I don't affiliate with a religion
2. I affiliate with a religion, but don't believe
3. I have faith, but don't practice an organized religion
4. I have faith, and regularly attend organized religious meetings

How often do you attend organized religious meetings?

1. Never
2. I go to religious gatherings during special occasions (holidays, religious holidays...)
3. I attend religious meetings weekly
4. I attend religious meetings more than once a week

What type of area do you live in?

1. Rural
2. Suburban
3. Urban
4. Large metropolitan area

Which best describes your situation?

- I live in a house that I own
- I live in an apartment/condo that I own
- I live in a house that I rent
- I live in an apartment/condo that I rent
- I rent a room in someone else's house/apartment
- I currently couchsurf
- Other

How many people live in your home, including you? (drop down 0 à 12)

Language(s) spoken at home: (boîte de texte)

Language(s) growing up: (boîte de texte)

Citizenship status:

*We understand that depending on your personal status and that of your family, you may feel uncomfortable with this question. We want to reiterate that all answers are confidential and your answers will never be linked to any personal information.*

- US citizen
- Naturalized US citizen
- Permanent resident
- Visa recipient (student, work, other)
- DACA recipient
- Undocumented
- Other
- I prefer not to say

Generation of immigration

- 1st generation (I was born outside the US, and migrated here)
- 2nd generation (my parents migrated to the US, and I was born here)
- 3rd generation (my grand-parents migrated to the US, at least one of my parents was born here, and I was born here)
- More than 3rd generation

Country of birth: (boîte de texte)

Number of siblings: (drop down 0 à 12)

Number of children: (drop down 0 à 12)

(If children) : Age of children  
(boîte de texte)

(If no children): Do you want children in the future?

Yes / No / I don't know / I prefer not to say

Do you have health insurance?

Yes / No / I don't know / I prefer not to say

### **PAGE 3**

#### **Contraception**

Do you use contraception?

Yes / No / I prefer not to say

If so, what type of contraception do you use? (You can select more than one)

- Abstinence
- Sexual relations without penetration
- Male condom
- Female condom
- Pill or Micropill
- Injectable (The Shot)
- Diaphragm
- Cervical cap
- Patch
- Vaginal ring (Nuvaring)
- Intrauterine Device (IUD) (Mirena, ParaGuard, Skyla...)
- Implant
- Emergency contraception (morning after pill, Plan B, ella, ParaGuard)
- Fertility awareness-based methods (keeping track of period with an app or calendar)
- Spermicide
- Withdrawal
- Tubal (female) sterilization
- Vasectomy (male sterilization)
- Other

How much do you pay per year for your contraception?

- Nothing
- 1-50\$
- 51-100\$
- 101-200\$
- 201-300\$
- 301-400\$
- 401-500\$
- More than 500\$

What are your incentives to use this particular type of contraception?

- My doctor recommended it
- I tested more than one type, and this one works best for me
- It's the only one covered by my insurance
- It's the cheapest
- It's the only one available
- Other health concerns motivated my choice
- Other economic concerns motivated my choice
- I was coerced into choosing this type of contraception

- Other:

Is it easy for you to access contraception? Why?  
Yes / No + (boîte de texte)

#### **PAGE 4**

Have you discussed contraception use/type with your partner?  
Yes / No / I prefer not to say / I am currently not in a relationship

At the present time, contraceptive use is your responsibility in what percentage of time?  
( curseur 0 à 100%, par bon de 10) + Doesn't apply to my current situation

Do you and your partner share the cost of contraception?  
Yes / No I pay for it / No s/he pays for it / I am currently not in a relationship

Do you think contraception should be...

- The sole responsibility of women
- A shared responsibility between partners
- The sole responsibility of men

#### **PAGE 5**

For the following situations, please indicate if you ever experienced it **in your life**. (Yes / No)

- Has a partner ever destroyed or tampered with your birth control ?
- Has a partner ever supervised your contraceptive use to make sure you were taking it?
- Has a partner ever pressured you into using a long term or irreversible contraception method (ex. IUD, injectable contraception, tubal sterilization...) against your wish?
- Has a partner ever prevented you from using a method of contraception or going to the clinic to get one?
- Has a partner ever pressured you into using a certain method of contraception that was not the one you wanted to use?
- Has a partner ever pressured you into having unprotected sexual relations?

#### **PAGE 6**

##### **Reproductive health**

How did you learn about reproductive health?

- In elementary/middle school
- In high school
- At home, through discussions with a family member (parent, sibling, grandparents...)
- By discussing with friends
- At a healthcare facility/Doctor
- By myself (experience, online research, books...)
- Other, please specify (+boîte de texte)

Have you discussed reproductive health with your parents?  
Yes / No / I prefer not to say

If you have a child/children, have you discussed reproductive health with your child/ren?  
Yes / No / I prefer not to say

Have you had the HPV vaccine?

Yes / No / I don't know / I prefer not to say

(If daughters(s)) Have you daughter(s) received the HPV vaccine?

Yes / No / I don't know / I prefer not to say / I don't have a daughter

When was your last PAP smear test?

*The PAP smear test is a gynecologic exam which consists of a cervical screening to detect potential precancerous or cancerous cells in the cervix.*

- Within the last 6 months
- Between 6 and 12 months ago
- Over 12 months (1 year) ago
- Over 24 months (2 years) ago
- Over 36 months (3 years) ago
- I never had a PAP screening

When was your last screening for breast cancer (mammography)?

- Within the last 6 months
- Between 6 and 12 months ago
- Over 12 months (1 year) ago
- Over 24 months (2 years) ago
- Over 36 months (3 years) ago
- I never had screening for breast cancer

Have you ever been tested for STD/STIs (other than a PAP smear test)?

Yes / No / I don't know / I prefer not to say

Have you ever received an STD/STI diagnosis?

Yes / No / I don't know / I prefer not to say

How well do you know these reproductive health programs?

(tableau à cocher: I don't know this program / I have heard of it, but don't know the details / I know the program, but never used it / I know it and have used it / I know it and currently use it)

- WIC (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children)  
“The Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC) provides supplemental foods, nutrition education, breastfeeding promotion and support, referrals, and access to health and social services, to low-income pregnant, breastfeeding, and postpartum women, and to infants and children up to age five who are found to be at nutritional risk.”  
<https://www.benefits.gov/benefit/368>
- SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)  
“The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) is the largest federal nutrition assistance program. SNAP provides benefits to eligible low-income individuals and families via an Electronic Benefits Transfer card. This card can be used like a debit card to purchase eligible food in authorized retail food stores.” <https://www.benefits.gov/benefit/361>
- EMTALA (Emergency Medical Treatment and Labor Act)  
“The Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) is a federal law that requires anyone coming to an emergency department to be stabilized and treated, regardless of their insurance status or ability to pay” <https://www.acep.org/life-as-a-physician/ethics--legal/emtala/emtala-fact->



“The Temporary Assistance for Needy Families (TANF) program provides grant funds to states and territories to provide families with financial assistance and related support services. State-administered programs may include childcare assistance, job preparation, and work assistance. To be eligible for this benefit program, applicants must be a resident of the state in which they apply, and a U.S. citizen, legal alien or qualified alien. You must be unemployed or underemployed and have low or very low income.” <https://www.benefits.gov/benefit/613>

**POP UP:** For more information on these program, and to check your eligibility, please check <https://www.benefits.gov/benefit-finder>

**PAGE 7**

For the following situation, please indicate if you ever experienced it **in your life**. (Yes / No)

- Has a partner ever pressured you into getting pregnant?
- Has a partner ever threatened to leave you if you were to become pregnant?
- Has a partner heavily monitored your menstruation cycle against your wish, either to prevent pregnancy or have you become pregnant?
- Has someone, other than your partner, ever pressured you into getting pregnant?
- Has someone, other than your partner, ever tried to hide/conceal your contraception so that you would become pregnant?

**PAGE 8**

Have you ever been pregnant?

*By pregnant we include any pregnancy, whether planned or unplanned. Pregnancy may have resulted in a live birth, miscarriage or abortion.*

Yes / No / I can't be pregnant

(If yes) Could you provide a pregnancy history?

\*\*If you had more than 10 pregnancies, please provide the information for the most recent ones.

Year	Age (at time of the pregnancy)	Outcome (live birth, miscarriage, abortion)	Was the pregnancy planned or unplanned?	Were you on birth control at time of pregnancy?

**PAGE 9**

**Abortion**

If you were to want to terminate a pregnancy, do you know of... (all Yes / No / I prefer not to say)

1. A clinic/provider?
2. A resource to guide you through the steps?
3. A friend or family member who could offer support?
4. An organization to help financially?

5. Any other resources that could help you access the care?

Approximately, how far from your house is the nearest clinic offering abortion services?

- 0-15.5 miles / 0-25 km
- 15.5-31 miles / 25-50 km
- 32-50 miles / 51-80 km
- 51-81 miles / 81-130 km
- 82-120 miles / 131-193 km
- Over 120 miles/194 km
- I don't know where the closest clinic is

Have you ever had an abortion?

Yes / No / I prefer not to say

**PAGE 10a - if yes at previous question**

Could you provide a history of abortion?

Year	Age (at the time)	Weeks of gestation	Length/status of relationship at pregnancy	Method (self-induced, medical abortion or surgical abortion)

How would you rate the care received? (boîte de texte)

What are some of the reasons why you decided to have an abortion? (boîte de texte)

Did you receive care in the state you live in or out of state?

- I received care in the state where I live
- I had to travel out of state to receive care

(If out of state) In which state did you receive care? (boîte de texte)

(If out of state) Why did you travel out of state to receive care?

- I was over the term-limit in my state
- I live closer to this out of state clinic than to in-state clinics
- I had medical conditions that required out of state treatment
- I was out of state (for work, study, visit) when I found out I was pregnant and terminated prior to traveling back home
- Other reason

When trying to access abortion, did you...

- Have any trouble finding the funds to pay for the procedure?
  - Yes, I had to find funds on my own
  - Yes, but friends/family helped

- Yes, but the clinic offered a payment plan
- Yes, but I got help from an abortion fund
- No, even though my insurance doesn't cover it.
- No, my insurance covered it.
- Other (+boîte de texte)
- Have any trouble physically accessing the clinic?
  - Yes
  - No, I drove there without problems.
  - No, a friend/family member drove me.
  - No, it is easily accessible with public transportation.
- Have to obtain parental consent because you were under 18 and your state requires it?
  - Yes / No / My state does not require parental consent
- Experience fear being apprehended by immigration on your way to the clinic/at the clinic/on your way home?
  - Yes / No

After receiving care...

- Did you talk to family members about it? Yes before/Yes after/Yes B&A/No
  - If so, were your family members supporting?
- Did you talk to friends about it? Yes before/Yes after/Yes B&A/No
  - If so, were your friends supporting?

#### **PAGE 10b - if no at question on abortion**

Have you ever wanted to have an abortion but were unable to access it?

Yes / No / I prefer not to say

(If yes) What obstacles prevented you from accessing wanted care? Check all that applies.

- It wasn't covered by my insurance and I didn't have the funds
- Family opposition
- Immigration status/Fear of accessing care due to immigration status
- The clinic was too far
- I needed parental consent/notification, and couldn't get it
- I was over the gestational limit in my state
- I was denied care while in detention
- Other

#### **PAGE 11**

Is abortion...

- Morally wrong?
- A woman's right?

How would you describe your political view of abortion?

- In favor of abortion being a legal right
- In favor of abortion being legal in specific conditions
- Against abortion in all conditions

Have you ever been pressured into getting an abortion?

Yes / No / I prefer not to say / I never had an abortion

Have you ever attempted to terminate a pregnancy at home/self-induce?  
Yes / No / I prefer not to say

(If yes) Was there a reason why you chose self-inducing over clinic provided care? You can check more than one reason.

- I wanted to be at my home
- It allowed me to keep it a secret
- I was afraid of immigration control
- I can't access care at the clinic
- I don't trust the clinic
- The clinic is too far from my house
- I didn't want my parents to know, and my state imposes a parental notification/consentment form
- It's more natural
- Other

Do you know what misoprostol is and what it does?  
Yes / No / I prefer not to say

Have you ever heard of abortion funds prior to this survey?  
*Abortion funds are non-profits organization that provide financial resources for women to help them access care.*  
Yes / No / I prefer not to say

## **PAGE 12**

Is there anything that you would like to add, either something that was not covered by the question or for which you would like to add details? (boîte de texte)

-----

## **PAGE 13**

Thank you for your precious collaboration.

Your responses will greatly help in our understanding of Latina women's access to reproductive health services in the United States.

**If you are experiencing uneasiness, sadness or are unwell**, I encourage you to discuss it with someone you trust, or contact me at [andreanne.ob@gmail.com](mailto:andreanne.ob@gmail.com), in order for me to refer you to someone who could help. Furthermore, don't hesitate to consult the [list of resources at the national level and per state](#). I remain available to answer your questions or give you further information about the project.

A second stage of the research will aim to further our understanding of reproductive health - and more precisely abortion access. I would then like to meet with people available and interested in sharing more of their stories during an individual meeting, in person or virtual depending on your preference.

Can I contact you for such a meeting?  
Yes / No

**ANNEXE 5**  
**GRILLE D'ENTREVUE**

**Grille d'entrevue - Anglais**

Participant's code:

Date:

Thank you for agreeing to participate in my research on access to reproductive healthcare. Before we get into the details of the interview, I would like to ask if it would be okay with you if I record our meeting. There will not be a video recording, only the audio will be recorded. This is to allow me to be fully present with you and faithfully represent your experiences.

(The participant agreed to have the interview recorded) Only the audio track has been recorded. There are no video recordings of this meeting.

Today's meeting will be between 30 and 45 minutes long. It will consist of questions on your experiences and views of abortion access in the state of (California / New York / Pennsylvania / Texas).

You received the consent form by email, but I would like to highlight a few of its points. It is possible that you feel discomfort or unease during the interview. If you feel uncomfortable with a question, you can, at any point, refuse to answer it. As with the survey, your anonymity will be preserved at all time. No personal information will be associated with your answers, which will be referred to through an alphanumeric code. There is no right or wrong answers.

Your participation is voluntary and you can end it at any time.

Do you have any questions?

Yes / No

Do you consent to doing this interview?

Yes / No

***Experience with abortion – Si la participante a eu un avortement***

In the survey, you mentioned that you had an abortion. Can you recount your experience of it?

When deciding to have an abortion, did the opinion of your partner, close family, extended family and/or friends influenced you? If so, how?

Thinking back to your experience, how would you describe the process of accessing care?

Once at the clinic, how did you feel? How were you received by the clinic workers?

What were the hardest parts of the process of getting an abortion? What were the easiest parts?

When thinking about your abortion, how do you feel?

Was traveling to the clinic a challenge for you? If so, how?

**(If the woman had to travel for her abortion)** In your survey, you mentioned having to travel out of state to receive care. How did that impact your experience?

***Experience with abortion – Si la participante n’a pas eu d’avortement, mais a été enceinte***

In the survey, you mentioned that you had experienced pregnancy (number) times. Were you living in (California / New York / Pennsylvania / Texas) for those experiences?

Would you say that you easily accessed care or faced difficulties in accessing prenatal or postnatal care?

In the survey, you mentioned that you have not yourself tried to terminate a pregnancy. Do you know of people around you that have? If so, from your perspective, would you say that they easily access care or faced difficulties in accessing prenatal care or termination care?

***Experience with abortion – Si la participante n’a pas eu d’avortement et n’a jamais été enceinte***

In the survey, you mentioned that you had not experienced pregnancy or trying to terminate a pregnancy. Do you know of people around you that have? If so, from your perspective, would you say that they easily access care or faced difficulties in accessing prenatal care or termination care?

***Perception of abortion access***

When thinking about access to reproductive health services in (California / New York / Pennsylvania / Texas), and abortion more precisely:

- Do you think immigration status can impact a woman’s access to reproductive health care? If so, how?
- Do you think that a person’s ethnicity or racial background impacts a woman’s access to health care? If so, how?

And do you perceive a difference whether the doctor is of the same ethnicity or a different ethnicity?

What do you perceive to be the main obstacles to accessing abortion in (California / New York / Pennsylvania / Texas)?

Do you think there is a stigma surrounding abortion? And if so, from where do you think it originates?

If so...

- Does it influence your perception of abortion?
- Does it impact your knowledge of abortion access?
- Does it influence your accessibility to care?

Do you think that abortion-related discourses, policies or personal stances influence your accessibility to other reproductive health services? How?

***Political stance***

How would you rate access to abortion in your state, on a scale of 1 to 10?

In the survey, you mentioned being (in favor of abortion being legal in all/most/some circumstances and that it is a woman’s right / in favor of abortion being illegal and that it is morally wrong). Could you elaborate on that?

Do you feel like you can talk freely about abortion and reproductive rights...

- with friends?
- with family?
- in your community?
- in your state?

Do you think your state should have stricter or more permissive laws regarding abortion?

Do you think abortion access should be decided by states or be the same in all states?

## **CONCLUSION**

Is there anything that we didn't touch on but that you would like to share?

Thank you for your time and your trust. This ends the interview.

As mentioned, my research will lead to a doctoral thesis, but as it will be published in French, I will also be doing a 2-pager summary of the findings in English and Spanish to share with participants. Would you be interested in receiving it?

## Grille d'entrevue - Espagnol

Participant's code:

Date:

Muchas gracias por aceptar de participar en esta segunda parte de mi investigación sobre el acceso a los servicios de salud.

Antes de que empezamos, quiero especificar que el español esta mi tercera lengua. Entonces es posible que a veces mi pronunciación no estará perfecta o que mezclo tiempo de conjugación. Entonces, por favor discúlpeme si eso es el caso.

Antes de que abordamos los detalles de la entrevista, quiero preguntarle si puedo grabar la entrevista. Solamente voy a grabar la voz para permitirme ser completamente en la discusión con usted y no frenéticamente tomar notas.

**\*\*The participant agreed to have the interview recorded. Only the audio track has been recorded. There are no video recordings of this meeting.\*\***

Nuestra discusión hoy va a ser aproximadamente 30 a 45 minutos y las preguntas están sobre sus experiencias y posiciones sobre el acceso a los servicios de salud reproductiva en California.

Como le mande por correo electrónico, el formulario de consentimiento incluye unos puntos que quiero repetir. Es posible que se siente incomfortable durante la entrevista. Si se siente incomfortable me puede pedir que pasamos a la pregunta siguiente. Como fue el caso para el cuestionario, sus respuestas son confidenciales. No hay asociación de informaciones personales con respuestas. Además, su participación es voluntaria y le puede quitar a todo momento Finalmente no hay respuesta mala o correcta.

¿Tiene preguntas?

Si / No

¿Acepta hacer esta entrevista?

Si / No

### ***Experiencia con el aborto – Si la participante a eu un avortement***

En la encuesta, mencionó que tuvo un aborto. ¿Puedes contarnos su experiencia al respecto?

Al decidir tener un aborto, ¿la opinión de su pareja, familiares cercanos, familiares extendidos y / o amigos influyó en usted? ¿Si es así, cómo?

Pensando en su experiencia, ¿cómo describiría el proceso de acceso a la atención?

Una vez en la clínica, ¿cómo se sintió? ¿Cómo fue recibido por las trabajadoras de la clínica?

¿Cuáles fueron las partes más difíciles del proceso de tener un aborto? ¿Cuáles fueron las partes más fáciles?

Al pensar en tu aborto, ¿cómo se siente?

¿Fue un desafío viajar a la clínica para usted? ¿Si es así, cómo?

**(If the woman had to travel for her abortion)** En su encuesta, mencionó tener que viajar fuera del estado de residencia para recibir atención. ¿Cómo afecta eso su experiencia?

***Experiencia con el aborto – Si la participante n’a pas eu d’avortement, mais a été enceinte***

En la encuesta, mencionó que fue embarazada (nombre) veces. ¿Vivía en (California/Nueva York/Pensilvania/Texas) para esas experiencias?

¿Diría que accede fácilmente a la atención o tenía dificultades para acceder a la atención prenatal o postnatal?

***Experience with abortion – Si la participante n’a pas eu d’avortement et n’a jamais été enceinte***

En la encuesta, mencionó que nunca había intentado interrumpir un embarazo. Si conoce gente que tenga, desde su perspectiva, ¿diría que acceden fácilmente a la atención o enfrentaron dificultades para acceder a la atención prenatal o la atención de terminación?

***Perception of abortion access***

Al pensar en el acceso a los servicios de salud reproductiva en (California/Nueva York/Pensilvania/Texas) y el aborto de manera más precisa:

- ¿Cree que el estatus migratorio puede afectar el acceso de una mujer a la atención de la salud reproductiva? ¿Si es así, cómo?
- ¿Cree que el origen racial o étnico de una persona afecta el acceso de una mujer a la atención medical? ¿Si es así, cómo?

¿Y percibe alguna diferencia si el médico es de la misma etnia o de una etnia diferente?

¿En su opinión, cuáles son los principales obstáculos para acceder al aborto en (California/Nueva York/Pensilvania/Texas)?

¿Cree que existe un estigma sobre al aborto?

- ¿De dónde cree que el estigma se origina?
- ¿Y ese tabú influye en su percepción del aborto?
- ¿Afecta su conocimiento sobre el acceso al aborto?
- ¿Afecta su acceso al servicio?

¿Cree que los discursos, las políticas o las posturas personales relacionadas con el aborto influyen en su accesibilidad a otros servicios de salud reproductiva? ¿Cómo?

***Postura política***

¿Cómo calificaría el acceso al aborto en su estado, en una escala del 1 al 10?

En la encuesta, mencionó estar a favor de que (el aborto sea legal en todos /la mayoría / unos situaciones y que es un derecho de la mujer / el aborto sea ilegal y que es moralmente incorrecto). ¿Podría dar más detalles sobre su posición?

¿Siente que puede hablar libremente sobre el aborto y los derechos reproductivos?

- En su comunidad?
- Con sus amigos y amigas en los Estados Unidos o en otras parte del mundo?
- Con su familia?
- En su estado?

¿Cree usted que su estado debería tener leyes más estrictas o permisivas con respecto al aborto?

¿Cree usted que el acceso al aborto debería ser decidido por los estados o ser el mismo en todos los estados?

## **CONCLUSION**

¿Hay algo que no hayamos mencionado pero que le gustaría compartir?

Bueno, eso termina la entrevista. Muchas gracias por su tiempo y su confianza. Fue un placer discutir con usted.

Como se mencionó, mi investigación conducirá a una tesis doctoral, pero como se publicará en francés, también haré un resumen de 2 páginas de los hallazgos en inglés y español para compartir con las participantes. ¿Estaría interesada en recibirlo?

## ANNEXE 6

### EXEMPLE D'ENTRETIEN CODÉ AVEC LE LOGICIEL NVIVO

Participant's code: ZZ3978504  
Date: October 7, 2021

#### **Experience with abortion**

*Andréanne*

In the survey, you mentioned that you had experienced pregnancy. Would you say that you easily accessed care or faced difficulties in accessing prenatal or postnatal care?

*ZZ3978504*

Hum I'll say with first pregnancy, I was really young when I, when I, well I was in my early twenties when I got pregnant and it was an unplanned pregnancy hum I was still under my parents' insurance, private insurance and hum so that was a little bit difficult to access care using their insurance so I did have to hum ask for hum supplemental government insurance to help cover the pregnan..the other costs that were associated with pregnancy hum another thing that was kind of difficult was you know just even booking an appointment, figuring out how to find out that I was pregnant I ended up going to hum my university health center to find, to get a pregnancy test and get hum the information about pregnancy there hum so as a young person it was (pause) difficult to get access to care. I was very lucky that I did have hum medical insurance with my parents and I was a citizen so I was able to get hum supplemental government insurance, but the process to get that insurance was not necessarily easy.

*Andréanne*

You mentioned that information was an obstacle. Do you feel like there was too much information, and thus that it was difficult to discern what was correct or incorrect, or that there was too little information and it was hard to find any information?

*ZZ3978504*

So, and again coming from a place of, of relative hum (pause) privilege hum I'm college-educated, I was still, I was in college when I got pregnant so hum I was able to navigate the information, there is a huge influx of information about it and (pause) figuring out like (pause) how to apply and do all those things was a little bit difficult because it's, there is such an influx of information so having, being able to kind of digest that information and figure out what you actually need to do is a little bit complicated hum but you know and this was early 2000s so hum (pause) the internet's not what it was back then right hum so but yeah I think for me it was kind of like an overwhelming amount of information about reproductive care, that was just, it was hard to kind of decipher and digest and be able to figure out like what do I actually need to know and what is just (pause) a bunch of noise that I could just ignore.

*Andréanne*

In the survey, you mentioned that you have not tried to terminate a pregnancy. Do you know of people around you that have? And if so, would you say that they easily access care or face hardships?



ZZ3978504

Hum it depends what time period you're asking about but generally speaking at least in Texas and in border communities hum and doing the work that I do working at an abortion fund it is very difficult to access care hum (pause) before September 1<sup>st</sup> hum it was difficult to access care because I think one of the biggest barriers for people in border communities is price and just you know logistical, logistically speaking hum (pause) geographic and geographic barriers right hum (pause) you've, you're from, you've been in Texas right, so you know how big it is so south of San Antonio there's only one clinic that pretty much covers the entire border community and so one huge barrier is just distance, having, being able to have the means to travel and the other one is hum cost. Hum abortion care in South Texas, and in Texas in general, is really expensive hum. In Texas it's upwards, South Texas is upwards of \$800 hum and that's completely, we're talking about completely out-of-pocket expenses. Hum Texas law prohibits private and public insurance from covering any abortion care except in extreme circumstances and honestly from all the people I've talked to, there, I have not met one person whose met that extreme circumstance, so most people are paying out of pocket. So yes it is very difficult to access care here.

*Andréanne*

And also the clinic in McAllen, to access it, there is a checkpoint.

ZZ3978504

There's the checkpoints right so if you are undocumented and there is a large undocumented hum population all along the Texas border, hum there's internal checkpoints hum up to a 100 miles north of the US-Mexico border so, and then again Whole Woman's Health only provides, or at least it did until September 1<sup>st</sup>, only provided abortions up until 17 weeks, so if you're pass 17 weeks you have to travel outside of the Valley, or outside of the border region and if you're undocumented you, you cannot travel without having to put yourself in hum in some sort of risk hum trying to pass those hum internal checkpoints.

**Perception of abortion access**

*Andréanne*

When thinking about access to reproductive health services in the state of Texas, and abortion more precisely, do you think immigration status can impact a woman's access to reproductive health care?

*Andréanne*

Absolutely, yeah basically. And it depends also hum what community you're in right. If you have, if you're undocumented and you're north of the checkpoints, traveling may be a little bit easier because you don't have to, to go through those checkpoints, but if you are undocumented and you are hum (pause) between the border and those checkpoints there is no travel options for you right so hum not to mention there's language barriers. A lot of our undocumented people are Spanish-speaking only and so hum navigating, if



you're in South Texas or along the border community, you can navigate your entire life without ever having to speak English right but if you (mumbled word) outside of this communities hum that becomes a language barrier for you so even just navigating eh speaking English outside of border communities is very difficult hum so yeah immigration status does have a huge impact in people's access to care hum if you are undocumented you can't qualify for any government assistance, if you are hum in hum what's the word I'm looking, if you are detained or if you are in some sort of hum I forgot the word, but you know if you're detained by the US government in those camps then you are completely reliant on them giving you care and from recent reports they have been very horrible about providing any sort of even basic care to people who are currently detained in those camps.

*Andréanne*

Yeah so I've heard a bit about the situation in those camps. The last time I was in McAllen, there was the Walmart converted in a youth shelter and the clinic was actually serving more undocumented minors, but I have not heard about the precise situation in the camps.

*Andréanne*

Do you think that a person's racial or ethnic background impacts a woman's access to health care? If so, how?

*ZZ3978504*

Absolutely, so if you look at Texas it has horrible maternal mortality rates hum especially among hum Black women hum I was really surprised to learn that the maternal mortality rates among hum (pause) Latinx or Hispanic women was not as high hum but I think that has a lot to do with the hum with our community right so we're very a close-knit community, we're very family-oriented so I feel like at least within hum family structures, people are able to at least get some sort of care from either, if you're not talking about a medical hum medical care, then at least you know the familial care from hum people in your family hum and you know just living in Texas in general. We're, we're a southern state, there's a lot of systemic racial, racist hum you know hum (pause) what's the word I'm looking for, a lot of racial systemic barriers that prevent people from being able to allow or get access and not to mention just being a person who is a cisgender female like (pause) we are a lot of times not really listened to and we have certain issues, we're told we're overthinking or you know just hum, I've (pause) it's just I don't know and then the Valley care or at least care in the Valley is just not really up to part, at least to what I would like for my care to be like you know hum I've had experiences with OB-GYN who are men who make light of situations that I feel like they shouldn't make light of like hum talking about um permanent birth control for myself and then being like oh it's only gonna be a day and you'll be back to normal right hum never having experience that themselves and then being pulled aside by their own nurses telling me like no it's not gonna be a day, you're gonna be out for like a week or two and it's painful and it's not easy so you know just that disconnect with female patients is very real hum and not to



mention where Texas has really high uninsured rate, so people are either using government assistance or just not going, or going without care because it is very, very expensive.

*Andréanne*

So you mentioned your experience with male OB-GYN, do you feel like if it were either a woman, or a Latina woman, that race and/or ethnicity would have less of an impact on access to care?

*ZZ3978504*

I think so, in fact hum even as an adult with you know more income and more resources, I've made it a point to specifically search-out hum women of color you know so I try to, cause they understand and they have the experience of being a woman of color specifically like if I'm able to find a Latina woman of color then even better, if I can find one that is Latina from the Valley then that's even better, hum so I, all of my doctors, I try to make some, try to shop around so that I am getting a doctor who is Latina, or at least a woman of color and who can better understands my experience as a woman of color as well.

*Andréanne*

What do you perceive to be the main obstacles to accessing abortion in your state?

*ZZ3978504*

Hum prior to September 1<sup>st</sup>, I would say it was geographical like not having enough clinics because Texas is huge hum but also hum and just you know (pause) there's so many areas of Texas where it's just like vast abortion desert right, there's no clinics in El Paso, now, there's only one clinic south of San Antonio hum and if you live in rural communities, which a lot of people in Texas do, your access to care is non-existent, for abortion care. Hum and then the second biggest barrier was cost so because again Texas does not allow hum any medical insurance, either private or public, to be used on abortion care, people were paying 100% out-of-pocket hum and that is very, very expensive and again, depending on where you are hum south Texas being the most expensive in Texas and we're also one of the (pause) you know, most lower income communities so that was one of the biggest obstacles. Now with hum, and not to mention a bunch of other things, like if you're a minor in Texas and you have to go do judicial bypass, you need parental permission, if you, if you're able to get it great, but if not then you have to go through judicial bypass, if you are hum undocumented, then you are really restricted on your, your ability to travel around the state so hum all of those are compounding issues hum 24 hour waiting period, so having to take time off work hum to go get an ultrasound and then going through mandatory counselling, there's a bunch of obstacles that people had to go through to access care, even prior to September 1<sup>st</sup>, and now after September 1<sup>st</sup>, like any accessibility that was there is pretty much eliminated hum minors there's no hope for them getting an abortion in Texas anymore, because judicial bypass, by the time you figure out you're pregnant, judicial, and if you're unable



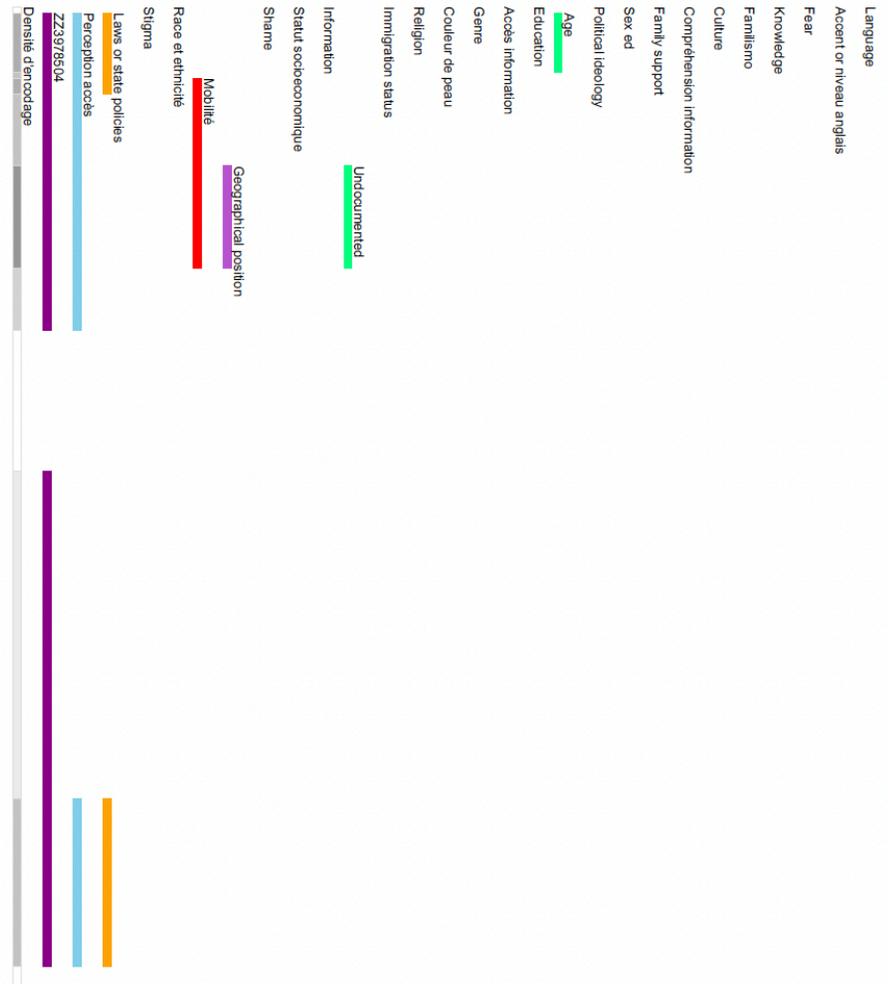
to get parental permission, judicial bypass is usually around a two-week process and so by the time you're able to get the judicial bypass, you're too late to have an abortion in Texas and so the 6 weeks ban hum just eliminates access to completely for people in Texas. So now people are having to travel out of state or having to make those decisions right away whereas before people might want to have some time to think about it and now there is no time, you either you do it or you don't or you have to go out of state hum so now, including like compounding cost of travel, having to take time off of work, finding childcare to like leave the state hum and just a bunch of other issues. If you're undocumented there's, there's nothing for you to do, unless you find out you're pregnant right away and you're able to go get an appointment right away, but other than that there's nowhere for you to go if you're within the, the border community and within a 100 miles of the border community hum so and that's with my experience with Frontera Fund, 80% of our callers prior to September 1<sup>st</sup>, were hum were past 6 weeks so that's about 80% of our, 80% of people who would otherwise get care are unable to get care now.

*Andréanne*

If you don't mind me asking, and if it's too much on your professional side, we can skip that question. But I'm curious, with your work at Frontera Fund, has the organization supported women that are traveling out of state, or solely women in Texas?

*ZZ3978504*

We are doing everything we can to support anybody we can, so we are helping people travel outside of state hum if they're able to get an appointment, then we will definitely help them travel, but we had like, and what was very frustrating was that even before September 1<sup>st</sup>, this SB8, or Senate Bill 8, was already having impacts in Texas hum and, you might have seen in the news, that there were like clinics were up until 11:59 the night before like August 31<sup>st</sup>, or whatever the last day of August is hum providing care. We had a caller who was unable to get an appointment prior to September 1<sup>st</sup>, but she was well beyond 7 or well beyond 6 weeks and since it was before September 1<sup>st</sup>, we were telling her like we can help you, we will pay for this, this and that, you just have to make an appointment outside of the state but her life circumstances were such that she could not just up and travel right, like she had, she was a single mother, had children, was a caretaker of her own mother hum and she just, she was like there's no way I can go you know like even with the financial help that we were like we'll pay for everything, just can't go like that, cause people don't have the means to do that hum so, so yeah we're definitely trying to help as many people as we can, we've had people drive from south Texas 15 hours to Kansas hum to access care 'cause they were 7 weeks and it's just really frustrating because you know, nothing's changed, the doctors haven't lost their (pause) like their slate hasn't been whipped clean, they know how to perform abortion past 6 weeks, but because of the law they're unable to. I had a caller that was 6 weeks and a day and she had to travel to New Mexico hum it's so frustrating that we have to (pause) help people do that. And it's also not sustainable you know like what's, what's happening is you, if you talk to the clinics, especially the ones around the Texas border,



Texas patients are pushing their own patients out of care so those patients, it's kind of like a domino effect right, hum and it's just not sustainable hum and it shouldn't be like it shouldn't be New Mexico or Kansas's job to take care of Texas's patients like Texas patients should be able to get their care in their communities and not have to travel like that.

*Andréanne*

Yes, and have the support system afterwards.

*ZZ3978504*

Yeah definitely, yeah and even then what you say, when we travel or when we hum help people travel, we're only paying for them you know like we can only afford to pay for the person who's actually traveling and most people need that, that kind of support and so not only, they have to worry about themselves, they have to worry about anybody that might be traveling with them as well and I can't imagine (pause) navigating traveling alone, especially in the middle of a pandemic still, like we're still in a pandemic so yeah it's been very frustrating to deal with. But yes, we are trying to help people who leave the state.

*Andréanne*

Do you think there is a stigma surrounding abortion? If so, from where do you think it originates?

*ZZ3978504*

Hum so yes there is a huge stigma around abortion. People won't even say the word hum I think a lot of it has to do with, and it depends the kind of hum like the broader stigma or like (pause) or I don't know it's, I, definitely stands a lot from religion hum where, at least along border communities and being so close to Mexico, which is a huge Catholic nation, hum that definitely has steep over to the border community. So we're also very Catholic communities hum (pause) but I think you'd be surprised by how many people, and I definitely been surprised by how many people hum support it, at least on the down low. They might not be overly yes I support abortion and, but (pause) I think there's something, there's something that comes with being a person of color and having you know hum systemic barriers try to dictate how you live your life and there's something that (pause) that can be said about understanding what it means to be under those oppressive systems and realizing like I'm not gonna let you dictate, dictate that to me hum so I've been really surprised about how many people are actually really supportive at least personally, might not, not vocalize it but, on a personal level are very supportive of people who choose abortion hum but yeah there's a lot of shame and stigma around abortion.

*Andréanne*

So people who wouldn't choose it for themselves, but would support others.



ZZ3978504

For themselves, but they would yeah exactly, they would, they might not choose it for themselves, but at the same time, they, they understand that they would not dictate that to somebody else. That's not true for everybody of course, it, there is a lot of people who would and do try to dictate that to other people hum but I think there is (pause) a nice community here that is relatively supportive.

Andréanne

Does it influence your perception of abortion?

ZZ3978504

Hum my upbringing definitely does you know. I was also raised super Catholic and to be honest with you I still have that hum struggle with the identity and the shame around abortion like I completely support people who choose abortion, I would say that I'm, I wouldn't even say I'm pro-choice, I'm pro-abortion, I can say that now but it, but even still like, having grown up super Catholic and knowing the teachings of the Catholic church, there's still like a tiny part of me that feels very shameful about the work that I do. It's very tiny, but like to say that it's not there at all would be, I'd be lying to myself. Hum but I try not to let that (pause) I try to like overcome that and not let that shame or stigma steep into the work that I do or how I think or talk about abortion, but, it's, it's definitely been an unlearning process, I've had to unlearn a lot of things about abortion and reproductive care hum doing this work that I might not had otherwise ever unlearned have I'd not been hum doing the work that I'm doing.

Andréanne

Does it impact your knowledge of and accessibility to abortion?

ZZ3978504

Maybe not mine anymore but definitely people who might not be as knowledgeable around abortion I would, I could definitely see how that would impact their access to information hum and their access to being able to make the best decision for themselves right hum (pause) so yes I really feel like (pause) the shame and stigma prevent people from being able to (pause) navigate information or even search out information hum because if you have a lot of shame and stigma around abortion and you're needing one then you're not gonna reach out to people to help you look for care. It's gonna be a very isolating experience and hum you know if you look for abortion care the first few things that come up are gonna be hum crisis pregnancy centers whose whole purpose is to shame people out of abortion hum so even that can be very scary for somebody to have to go through and a lot of people have been tricked to going to crisis pregnancy centers where they're just further stigmatized and further shamed over even thinking about having an abortion.

Andréanne



Do you think that abortion-related discourses, policies or personal stances influence your accessibility to other reproductive health services? How?

ZZ3978504

Hum definitely so (pause) again Texas has terrible maternal mortality rates and if you look at other countries that have really restrictive abortion hum access other things kind of like are also really bad in these countries. They have high hum maternal mortality rates, they have infant, high infant mortality rates hum and other types of things because the shame kind of just, kind of envelops all manners of reproductive health care and there is a huge shame and stigma around sex in general you know again being a very Catholic area, and relatively conservative you know there's a lot of sh, sex, there's a lot of shame and stigma around sex and reproductive health care hum we have a really high number of people, especially men here in the Valley, who have hum, who are HIV positive because they don't seek out protection, they don't seek out healthcare, they don't seek out any of those, that information that might otherwise help them prevent from either spreading or catching or getting HIV hum so yeah I do think it has a trickle-down effect to other areas of reproductive healthcare hum and I think Dr. Moyari, who is an abortion provider says like you know, when you, when you pass these types of laws, you put all pregnant people at risk because they'll either, they get worst care, they have doctors like waiting to the last minute to provide care because they're afraid that they might be breaking the law somehow by helping pregnant people if they're going through a miscarriage or something like that hum and people having to you know maybe justify what is happening to their bodies like if you're having a miscarriage to like having to explain like oh it was a spontaneous miscar...a spontaneous abortion, it wasn't hum induced or, and it also just leads to criminalization of pregnant people as well and again when that happens the most, the people who are the most affected, the people who are the most affected, are you know hum marginalized communities, people of color, that type of thing.

**Political stance**

Andréanne

How would you rate access to abortion in your state, on a scale of 1 to 10?

ZZ3978504

1

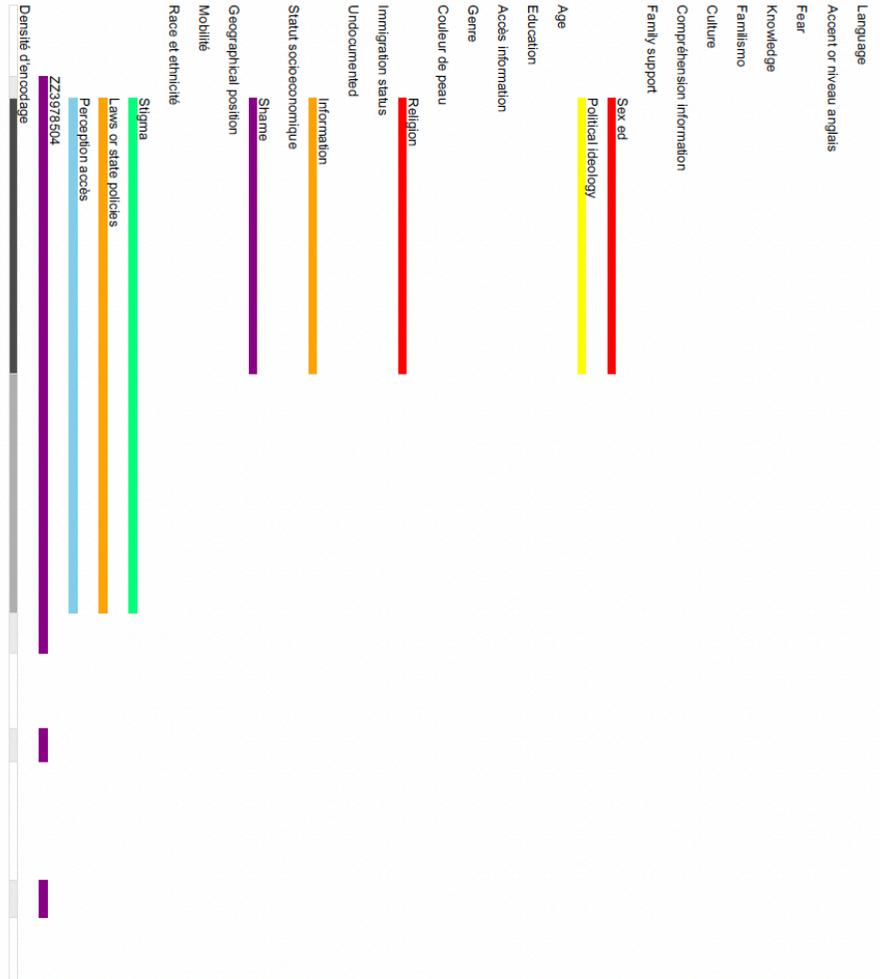
Andréanne

Do you feel like you can talk freely about abortion and reproductive rights...in your community?

ZZ3978504

In my inner circle?

Andréanne



Not with friends or family, but more your broader community.

ZZ3978504

Hum I would not feel very comfortable talking about it yeah

*Andréanne*  
with friends?

ZZ3978504  
Very comfortable

*Andréanne*  
with family?

ZZ3978504  
Hum (pause) it depends who, but like less comfortable than I would with friends.

*Andréanne*  
Do you feel like there is a gender difference within family members, like more comfortable with women in your family?

ZZ3978504  
Yeah

*Andréanne*  
in your state?

ZZ3978504  
Hum (pause) it depends on the coffee shop (laughs) hum I would feel not super comfortable hm-hm

*Andréanne*  
Do you think your state should have stricter or more permissive laws regarding abortion?

ZZ3978504  
Definitely more permissive laws.

*Andréanne*  
Do you think abortion access should be decided by states or be the same in all states?

ZZ3978504  
Hum depending on the federal guidelines, but you know hum like the Women's Health Protection hum Act, I think that is a great guideline hum but again the federal government also has things like the Hyde Amendment although it hasn't, wasn't written



Language	
Accent or niveau anglais	
Faer	
Knowledge	
Familiemo	
Culture	
Comprehension Information	
Family support	
Sex ed	
Political Ideology	
Age	
Education	
Accès Information	
Genre	
Couleur de peau	
Religion	
Immigration status	
Undocumented	
Information	
Statut socioéconomique	
Shame	
Geographical position	
Mobilité	
Race et ethnicité	
Stigma	
Laws or state policies	
Perception accès	
ZZ3978504	
Densité d'enquêtes	

into, into this year's budget but who knows what, if that will officially be gone so it depends hum but generally speaking if the, the US government is looking to protect access to abortion care then I would say yes but if it's looking to anyway impede it then I would say no because some states have better access than the US government might give.

*Andréanne*

In the survey, you mentioned being in favor of abortion being legal and that it is a woman's right. Could you elaborate on that?

ZZ3978504

Eh sure so I believe abortion should be a 100% legal and hum that a pregnant person, not just women right because pregnant people are also hum non binary and trans men can also get pregnant hum so any pregnant person should have the right and hum to have legal, legal protections for abortion, but more importantly, legality is not enough, they need to have access to abortion hum so yeah.

**CONCLUSION**

*Andréanne*

Is there anything that we didn't touch on but that you would like to share?

ZZ3978504

Hum no I think we covered everything.

## BIBLIOGRAPHIE

1. *De Canas v. Bica*, 424 U.S. 351 (1976), No 74-882.
2. *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 597 US \_\_\_\_ (2022), No 19-1392.
3. *Eisenstadt v. Baird*, 405 US 438 (1972), No. 70-17.
4. *Garza v. Hargan*, No 17-cv-02122 (2017), US District Court for the District of Columbia, En ligne. <https://assets.documentcloud.org/documents/4114294/Garza-v-Hargan.pdf>
5. *Garza v. Hargan*, No 17-5236 (2017), Appelants' Emergency Motion for Stay Pending Appeal, US Court of Appeals for the District of Columbia Circuit, en ligne : <https://www.politico.com/f/?id=0000015f-323c-d77a-a35f-f77cf5920001>
6. *Garza v. Hargan*, No 17-654 (2017), Brief for the States of Texas, Arkansas, Louisiana, Michigan, Missouri, Nebraska, Ohio, Oklahoma, South Carolina, West Virginia, and the Commonwealth of Kentucky, By and Through Governor Matthew G. Bevin, as Amici Curiae in Support of Petitioners, US Supreme Court, en ligne : [https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/17/17-654/22422/20171204144508711\\_17-654%20ac.pdf](https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/17/17-654/22422/20171204144508711_17-654%20ac.pdf)
7. *Gonzales v. Carhart*, 550 U.S. 124 (2007), No. 05-380.
8. *Griswold v. Connecticut*, 381 US 479 (1965), No. 496.
9. *Hodgson v. Minnesota*, 497 U.S. 417 (1990), No. 88-1125, 88-1309.
10. *Maher v. Roe* 432 U.S. 464 (1977), No. 75-1440.
11. *Ohio v. Akron Center for Reproductive Health*, 497 U.S. 502 (1990), No. 88-805.
12. *Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth* 428 U.S. 52 (1976), No. 74-1151.
13. *Planned Parenthood of Southeastern Pa v. Casey*, 505 US 833 (1992), No 91-744.
14. *Plyler v. Doe*, 457 U.S. 202 (1982), No 80-1538.
15. *Roe v. Wade*, 410 US 113 (1973), No 70-18.
16. *United States v. Martinez-Fuerte*, 428 US 543 (1976), No. 74-1560.
17. *Webster v. Reproductive Health Services*, 492 U.S. 490 (1989), No. 88-605.
18. *Whole Woman's Health et al. v. Hellerstedt Commissioner, Texas Department of State Health Services et al.* 790 F. 3d 563 et 598 (2016), no 15-274.
19. S.A. (1973, 23 janvier). « News Summary and Index TUESDAY, JANUARY 23, 1973 », *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/1973/01/23/archives/news-summary-and-index-the-major-events-of-the-day-international.html>

20. Ackerman, E. F. (2013). « The Rise of the ‘Illegal Alien’ ». *Contexts*, 12(3) : 72-74.
21. Ackleson, J. (2005). « Constructing Security on the US –Mexico Border ». *Political Geography*, 24(2) : 165-184.
22. Agamben, G. (1998). *Homo Sacer. Sovereign Power and Bare Life*. Stanford University Press.
23. Agnew, J. (1993). « Representing space: space, scale and culture in social science ». Dans J. Duncan et D. Ley (dir.), *Place/culture/representations*, 251-271, Londres: Routledge.
24. Aiken, A. R. A. (2018). « Self-Sourced Online and Self-Directed at Home : A New Frontier for Abortion in the United States ». *Contraception*, 97(4) : 285-286.
25. Aiken, A. R. A., J. E. Starling, J. G. Scott et R. Gomperts. (2022). « Association of Texas Senate Bill 8 With Requests for Self-managed Medication Abortion ». *JAMA Network Open*. 5(2) : 1-3. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.1122
26. Allen, T. (2022, 5 mai). « Pennsylvania could see flood of out-of-state abortion patients ». *Axios Philadelphia*. <https://www.axios.com/local/philadelphia/2022/05/05/pennsylvania-abortion-out-of-state-roe-wade-reversal>
27. Almeida, J., K. B. Biello, F. Pedraza, S. Wintner et E. Viruell-Fuentes. (2016). « The Association Between Anti-Immigrant Policies and Perceived Discrimination Among Latinos in the US: A Multilevel Analysis ». *Social Science & Medicine - Population Health*, 2 : 897-903.
28. Althouse, M. A. (2013). « The Creation of an Undue Burden : Arizona House Bill 2036 and State Abortion Regulations Post-Casey ». *William & Mary Journal of Women and the Law*, 20(173) : 173-195.
29. Alvarez, P. (2022, 17 février). « Biden administration proposes eliminating hurdles for immigrants using public benefits and seeking legal status ». *CNN*. <https://www.cnn.com/2022/02/17/politics/immigrants-public-benefits-legal-status-regulation/index.html>
30. American Association of University Women – Latina Initiative (AAUW). (2021). *Status of Latinas in the United States*. 7 pages. [https://www.aauw.org/app/uploads/2021/07/StatusOfLatinas\\_2.0.pdf](https://www.aauw.org/app/uploads/2021/07/StatusOfLatinas_2.0.pdf)
31. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). « Health Care for Unauthorized Immigrants ». *Committee Opinion*, no 627. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Health-Care-for-Unauthorized-Immigrants>
32. Amilhat-Szary, A.-L. (2015). *Qu'est-ce qu'une frontière aujourd'hui?*, Presses universitaires françaises.
33. Amiri, B. (2018, 3 avril). « Access to Abortion for Young Immigrants in Government Custody ». *ACLU Speak Freely*. <https://www.aclu.org/blog/reproductive-freedom/abortion/access-abortion-young-immigrants-government-custody>
34. Anders, G. (1993). « Machismo: Dead or Alive? ». *Hispanic*, 3 : 14-20.

35. Anderson, J. et E. Wever. (2003). « Borders, border regions and economic integration: One world, ready or not ». *Journal of Borderlands Studies*, 18(1) : 27-38.
36. Andrade, R. A. (1992). « Machismo: A universal malady ». *Journal of American Culture*, 15 : 33-41.
37. Andreas, P. et T. Snyder (dir). (2000). *The Wall Around the West: State Borders and Immigration Controls in North America and Europe*, Lanham, Md : Rowman & Littlefield.
38. Andrews, A. L. (2018). *Undocumented Politics : Place, Gender, and the Pathways of Mexican Migrants*, University of California Press.
39. Angulo, V. et S. Guendelman. (2002) « Crossing the Border for Abortion Services: The Tijuana-San Diego Connection ». *Health Care for Women International*, 23(6-7) : 642-653.
40. Anthony Jr., M., A. Howard Nichols et W. Del Pilar. (2021, 13 mai). « A Look at Degree Attainment Among Hispanic Women and Men and How COVID-19 Could Deepen Racial and Gender Divides ». *The Education Trust*. <https://edtrust.org/resource/a-look-at-degree-attainment-among-hispanic-women-and-men-and-how-covid-19-could-deepen-racial-and-gender-divides/>
41. Arciniega, G. M., T. C. Anderson, Z. G. Tovar-Blank et T. J. G. Tracey. (2008). « Toward a Fuller Conception of Machismo: Development of a Traditional Machismo and Caballerismo Scale ». *Journal of Counseling Psychology*, 55(1) : 19-33.
42. Aspinwall, C., B. Bailey et A. Yurkanin. (2022, 9 janvier). « They Lost Their Pregnancies. Then Prosecutors Sent Them to Prison ». *The Marshall Project*. <https://www.themarshallproject.org/2022/09/01/they-lost-their-pregnancies-then-prosecutors-sent-them-to-prison>
43. Associated Press. (2020, 8 juillet) « Columbus Abortion Center Closure Leaves Ohio With Eight Clinics ». *WOSU*. <https://news.wosu.org/news/2020-07-08/columbus-abortion-center-closure-leaves-ohio-with-eight-clinics>
44. Averitt Taylor, J. (2014). « Reproductive Health Policy Affecting Low-Income Women : Historical Precedents and Current Need for Social Work Action ». *Social Work in Public Health*, 29(2) : 132-140.
45. Baicker K. et A. Chandra. (2017). « Evidence-based health policy ». *New England Journal of Medicine*, 377 : 2413–2415.
46. Bakic Hayden, T. (2011). « Private Bleeding : Self-Induced Abortion in the Twenty-First Century United States ». *Gender Issues*, 28 : 209-225.
47. Bartos, A. E. (2019). « Introduction: Stretching the boundaries of care ». *Gender, Place and Culture*, 26(6) : 767-777.
48. Bearak, J. M., K. Lagasse Burke et R. K. Jones. (2017). « Disparities and change over time in distance women would need to travel to have an abortion in the USA: a spatial analysis ». *The Lancet Public Health*, 2(11) : 493-500.

49. Beaumont, H. (2022, 9 mai). « Canada and Mexico prepare to accept Americans seeking abortions ». *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/us-news/2022/may/09/canada-mexico-abortion-american>
50. Beirnsstein, H., D. Gonzalez, M.Karpman et S. Zuckerman. (2018, 21 mai). « With Public Charge Rule Looming, One in Seven Adults in Immigrant Families Reported Avoiding Public Benefit Programs in 2018 », *Urban Institute*. <https://www.urban.org/urban-wire/public-charge-rule-looming-one-seven-adults-immigrant-families-reported-avoiding-public-benefit-programs-2018>
51. Belluck, P. (2021, 13 avril). « F.D.A. Will Allow Abortion Pills by Mail During the Pandemic ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2021/04/13/health/covid-abortion-pills-mailed.html>
52. Belluck, P. (2022, 17 juillet). « They Had Miscarriages, and New Abortion Laws Obstructed Treatment ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/07/17/health/abortion-miscarriage-treatment.html>
53. Benson Gold, R. et E. Nash. (2012). « Troubling Trend : More States Hostile to Abortion Rights as Middle Ground Shrinks ». *Guttmacher Policy Review*, 15(1) : 14-19.
54. Berer, M. et L. Hoggart. (2018). « Medical Abortion Pills Have the Potential to Change Everything About Abortion ». *Contraception*, 97(2) : 79-81.
55. Berk, M. L. (2000). « Health Care Use Among Undocumented Latino Immigrants ». *Health Affairs*, 19(4) : 51-64
56. Berk, M. L. et C. L. Schur. (2001). « The Effect of Fear on Access to Care among Undocumented Latino Immigrants ». *Journal of Immigrant Health*, 3(3) : 151-156.
57. Bialasiewicz, L. (2006). « ‘The Death of the West’: Samuel Huntington, Oriana Fallaci and a New ‘Moral’ Geopolitics of Births and Bodies ». *Geopolitics* 11(4) : 701-724.
58. Biggs, M. A., J. M. Neuhaus et D. G. Foster. (2015). « Mental Health Diagnoses 3 Years After Receiving or Being Denied an Abortion in the United States ». *American Journal of Public Health*, 105(12) : 2557-2563.
59. Bilge, S. (2010). « De l’analogie à l’articulation : théoriser la différenciation sociale et l’inégalité complexe ». *L’homme et la société*, (176-177) : 43-64.
60. Bilge, S. (2013). « Intersectionality Undone: Saving Intersectionality from Feminist Intersectionality Studies ». *Du Bois Review* 10(2) : 405–424.
61. Bissonnette, A. (2020). « The Border Wall and the Paper Wall: Accessing Reproductive Care in the US-Mexico Borderlands ». Dans A. Bissonnette et É. Vallet (dir.) *Borders and Border Walls. In-Security, Symbolism, Vulnerabilities*, 151-165, London: Routledge.
62. Bissonnette, A. (2022). « “Caged Women”: Migration, Mobility and Access to Health Services in Texas and Arizona ». *Journal of Borderlands Studies*, 37(1) : 133-154.
63. Bissonnette, A. (à paraître). « Stayin’ Alive : L’importation de médicaments destinés au marché canadien comme stratégie de diminution des coûts aux États-Unis ? ». Dans F. Gagnon et C. Roy-Cloutier (dir.), *L’Amérique d’abord, le Canada ensuite. Les relations canado-américaines de Donald Trump à Joe Biden*, Presses de l’Université de Montréal.

64. Bissonnette, A. et É. Vallet. (2017). « Migration, Border Crossing and Women : Female Migrant Sexualities Between Objectification and Empowerment ». Dans S. Shekhawat et D. Aurobinda (dir.) *Women and Borders: Refugees, Migrants and Communities*, 151-173. London: I.B. Tauris.
65. Bissonnette, A. et É. Vallet. (2022). « Internalized Borders and Checkpoints: How Immigration Controls Became Normalized Tools for COVID-19 Responses in North America ». *Journal of Borderlands Studies*, 37(4) : 679-697.
66. Bloomer, F. et K. O'Dowd. (2014). « Restricted access to abortion in the Republic of Ireland and Northern Ireland: exploring abortion tourism and barriers to legal reform ». *Culture, Health & Sexuality*, 16(4) : 366-380.
67. Bloomer, F. et E. Campbell (dir.). (2022a). *Decriminalizing Abortion in Northern Ireland: Legislation and Protest*. London: Bloomsbury Academic.
68. Bloomer, F. et E. Campbell (dir.). (2022b). *Decriminalizing Abortion in Northern Ireland: Allies and Abortion Provision*. London: Bloomsbury Academic.
69. Bohra, N. (2021, 29 août). « Texas abortion law that bans procedure as early as six weeks set to go into effect after court cancels hearing, denies motions ». *The Texas Tribune*. <https://www.texastribune.org/2021/08/29/texas-abortion-law-5th-circuit-court/>
70. Bohra, N. (2022, 1<sup>er</sup> août). « 'They're Just Going to Let Me Die?' One Woman's Abortion Odyssey ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/08/01/us/abortion-journey-crossing-states.html>
71. Bommaraju, A., M. L. Kavanaugh, M. Y. Hou et D. Bessett. (2016). « Situating Stigma in Stratified Reproduction : Abortion Stigma and Miscarriage Stigma as Barriers to Reproductive Healthcare ». *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10 : 62-69.
72. Bond, E. (2018). *Writing Migration through the Body*. Londres : Palgrave Macmillan, 283 pages.
73. Braid, A. (2021, 18 septembre) « Alan Braid : I violated Texas's abortion ban. Here's why. ». *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/opinions/2021/09/18/texas-abortion-provider-alan-braid/>
74. Brenan, M. (2022, 2 juin). « Steady 58% of Americans Do Not Want Roe v. Wade Overturned ». *Gallup*. <https://news.gallup.com/poll/393275/steady-americans-not-roe-wade-overturned.aspx>
75. Brenner, N. (2005). *New state spaces : Urban governance and the rescaling of statehood*. Oxford University Press.
76. Breslin, A. (2014). « A Wall of Legislative Obstacles in the Path of a Woman Exercising Her Right to an Abortion : *Planned Parenthood Arizona Inc. V. Betlach* ». *Golden Gate University Law Review*, 45(1) : 53-68.
77. Brickell, K. (2012). « Geopolitics of Home ». *Geography Compass*, 6(10) : 575-588.
78. Brown, M. (2012). « Gender and sexuality I: Intersectional anxieties ». *Progress in Human Geography*, 36(4) : 541-550.

79. Brown, L. A. (2013). *Contested Spaces : Abortion Clinics, Women's Shelters and Hospitals : Politicizing the Female Body*. Londres : Routledge, 254 pages.
80. Bunge, W. (1979). « Perspective on theoretical geography ». *Annals of the Association of American Geographers*, 69(1) : 169-174.
81. Bussert-Webb, K. et L. Henry. (2016). « Latino/a Children's Digital Literacy Access and Online Reading Skills ». *Journal of Literacy and Technology*, 17(3) : 2-40.
82. Butler, J. (1990). *Gender Trouble*. London: Routledge.
83. Caicedo, D. A. (2016). « Alien, Illegal, Undocumented : Labeling, Context, and Worldview in the Immigration Debate and in the Lives of Undocumented Youth ». Thèse de doctorat, City University of New York, New York, 159 pages.
84. Calkin, S. (2019). « Towards a Political Geography of Abortion ». *Political Geography*, 69 : 22-29.
85. Caplan, S. et C. Cordero. (2015). « Development of a faith-based mental health literacy program to improve treatment engagement among Caribbean Latinos in the Northeastern United States of America ». *International Quarterly of Community Health Education*, 35 : 199-214.
86. Carastathis, A. (2013). « Basements and Intersections ». *Hypatia*, 28(4) : 698-715.
87. Carbado, D. W., K. W. Crenshaw, V. M. Mays et B. Tomlinson. (2013). « Intersectionality. Mapping the Movements of a Theory ». *Du Bois Review* 10(2) : 303-312.
88. Carter, S. et T. Woodyer. (2020). « Introduction: Domesticating Geopolitics ». *Geopolitics* 25(5) : 1045-1049.
89. Cartwright, A. F., M. Karunaratne, J. Barr-Walker, N. E. Johns, U. D. Upadhyay. (2018). « Identifying National Availability of Abortion Care and Distance from Major US Cities : Systematic Online Search ». *Journal of Medical Internet Research*, 20(5) : e186-e199.
90. Casagrande, S. S., T. L. Gary, T. A. LaVeist, D. J. Gaskin et L. A. Cooper. (2007). « Perceived discrimination and adherence to medical care in a racially integrated community ». *Journal of General Internal Medicine*, 22(3) : 389-395.
91. Cauce A. et M. Domenech-Rodriguez. (2002). « Latino Families : Myths and Realities ». Dans J. Contreras, A. Neal-Barnett et K. Kerns (dir.) *Latino Children and Families in the United States: Current Research and Future Directions*, 3-27, Westport, CT: Praeger.
92. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *CDC's Abortion Surveillance System FAQs*. [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data\\_stats/abortion.htm](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm)
93. Chai, L. (2022). « Unpacking the Association Between Length of Residence and Health Among Immigrants in Canada: A Moderated Mediation Approach ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01377-x>
94. Chakraborty, J. et M. M. Bosman. (2005). « Measuring the Digital Divide in the United States: Race, Income, and Personal Computer Ownership ». *The Professional Geographer*, 57(3) : 395-410.

95. Chang, J. E., A. Yuanhong Lai, A. Gupta, A. M. Nguyen, C. A. Berry et D. R. Shelley. (2021). « Rapid Transition to Telehealth and the Digital Divide: Implications for Primary Care Access and Equity in a Post-COVID Era ». *The Milbank Quarterly*, 99(2) : 340-368.
96. Chavarria, E. A., S. M. Christy, H. Feng, H. Miao, R. Adbulla, L. Gutierrez, D. Lopez, J. Sanchez, C. K. Gwede et C. Dries Meade. 2022. « Online health information seeking and eHealth literacy among Spanish language- dominant Latinos receiving care in a community clinic ». *Journal of Medical Internet Research*, DOI: [10.2196/37687](https://doi.org/10.2196/37687)
97. Chattopadhyay, S. (2018). « Violence on bodies: Space, social reproduction and intersectionality ». *Gender, Place and Culture* 25(9) : 1295-1304.
98. Chen, S. (2022, 30 août). « Abortion misinformation surges in Latino communities ». *Axios*, <https://www.axios.com/2022/08/30/latinos-abortion-misinformation-roe-maternal-health>
99. Chéry, J.-P. (1993). « Pour une modélisation de la différenciation sociale ». *Actes de Théo Quant*, 1 : 71-76.
100. Chin, G. J. et M. L. Miller. (2014). « Broken Mirror. The Unconstitutional Foundations of New State Immigration Enforcement ». Dans C. Byrne Hessick et G. J. Chin (dir.), *Strange Neighbors: The Role of States in Immigration Policy*, 167-197, New York: NYU Press.
101. Cho, S., K. W. Crenshaw et L. McCall. (2013). « Toward a Field of Intersectionality Studies : Theory, Applications, and Praxis ». *Signs*, 38(4) : 785-810.
102. Chu, D. M., J. Aagaard, R. Levitt, M. Whitman, J. Mastrobattista, M. Rac, C. Eppes, M. Gandhi, M. A. Belfort et K. M. Aagaard. (2019). « Cohort Analysis of Immigrant Rhetoric on Timely and Regular Access of Prenatal Care ». *Obstetrics & Gynecology*, 133(1) : 117-128.
103. Clare, C. A. (2021). « Telehealth and the digital divide as a social determinant of health during the COVID-19 pandemic », *Network Modeling Analysis in Health Informatics and Bioinformatics*, 10: 26, DOI: <https://doi.org/10.1007/s13721-021-00300-y>
104. Clark, M. (2020, 14 mai). « Where Southern states stand on abortion bans during the COVID-19 pandemic ». *The Tennessean*. <https://www.tennessean.com/story/news/american-south/2020/05/14/coronavirus-where-abortion-bans-stand-alabama-louisiana-texas-mississippi-tennessee/5183221002/>
105. Clark, R., N. B. Anderson, V. R. Clark et D. R. Williams. « Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model ». *The American Psychologist*, 54(10) : 805-816.
106. CNN. (2022). « 2022 Exit Polls ». *CNN*. <https://www.cnn.com/election/2022/exit-polls/pennsylvania/governor/0>
107. Cobler, N. (2022, 27 juin). « Demand for self-managed abortion care expected to rise ». *Axios Austin*. <https://www.axios.com/local/austin/2022/06/27/demand-self-managed-abortion-care-rise>
108. Cockrill, K. et T. A. Weitz. (2010). « Abortion patients' perceptions of abortion regulation ». *Women's Health Issues*, 20(1) : 12-19.
109. Coeytaux, F., L. Hessini et A. Allina. (2015). « Bold Action to Meet Women's Needs : Putting Abortion Pills in U.S. Women's Hands ». *Women's Health Issues*, 25(6) : 608-611.

110. Cohen, D. S. et C. Joffe. (2020). *Obstacle Course : The Everyday Struggle to Get an Abortion in America*. University of California Press, 296 pages.
111. Cohen, D. S., G. Donley et R. Rebouché. (2022). « The New Abortion Battleground (Draft, 2/23/22) ». *Columbia Law Review*, 122 [à paraître, cité avec la permission de l'auteur]
112. Cohron, M. (2015). « The Continuing Digital Divide in the United States ». *The Serials Librarian*, 69(1) : 77-86.
113. Coleman, M. (2009). « What Counts as the Politics and Practice of Security, and Where? Devolution and Immigrant Insecurity after 9/11 ». *Annals of the Association of American Geographers* 99(5) : 904-913.
114. Combahee River Collective. (2008). « Déclaration du Combahee River Collective [1977] » (traduction par Jules Falquet). Dans E. Dorlin (dir.) *Black feminism : Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*, 59-73, Paris : L'Harmattan.
115. Connell, J. (2006). « Medical Tourism: Sea, Sun, Sandand...Surgery ». *Tourism Management*, 27(6) : 1093-1100.
116. Cook R.J., B. Dickens et J.N. Erdman. (2006). « Emergency contraception, abortion and evidence-based law ». *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 93(2) :191-197.
117. Crenshaw, K. (1989). « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics ». *The University of Chicago Legal Forum*, 139-167.
118. Crenshaw, K. (1991). « Mapping the Margins : Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color ». *Stanford Law Review*, 43(6) : 1241-1299.
119. Crenshaw, K. (1993). « Beyond Racism and Misogyny ». Dans M. Matsuda, C. Lawrence et K. Crenshaw (dir.) *Words that Wound*, 246-263. Boulder: Westview Press.
120. Cresswell, T. (2010). « Towards a Politics of Mobility ». *Environment and Planning D: Society and Space*, 28(1) : 17-31.
121. Cruz, C. (2021, 16 novembre). « Independent Abortion Clinics Are The Backbone of Reproductive Care in America ». *Jezebel*. <https://jezebel.com/independent-abortion-clinics-are-the-backbone-of-reprod-1848067419>
122. Curlin F. A., R. E. Lawrence, M. Div, M. H. Chin et J. D. Lantos. (2007). « Religion, conscience, and controversial clinical practices ». *The New England Journal of Medicine*, 356 : 593-600.
123. Curran, M. E. (2006). « Geographic Theorization of Sexuality: A Review of Recent Works ». *Feminist Studies* 31(2) : 380-398.
124. Daniels, C. R., J. Ferguson, G. Howard et A. Roberti. (2016). « Informed or Misinformed Consent ? Abortion Policy in the United States ». *Journal of Health, Policy and Law*, 41(2) : 181-209.
125. Davis, K. (2008). « Intersectionality as Buzzword ». *Feminist Theory* 9(1) : 67-85.

126. Dawson, R. et A. Sonfield. (2020). « Conservatives Are Using the Intersection of Immigration, Health Care and Reproductive Rights Policy to Undermine Them All ». *Guttmacher Policy Review*, 23: 19-25.
127. de Lora, P. (2016). « Reproductive Rights in Spain: From “Abortion Tourism” to “Reproductive Destination” ». Dans K. Beillin et W. Viestenz (dir.) *Ethics of Life: Contemporary Iberian Debates*, 163-181. Vanderbilt University Press.
128. Dehlendorf, C., M. I. Rodriguez, K. Levy, S. Borrero et J. Steinauer. (2010). « Disparities in Family Planning ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(3) : 214-220.
129. Del Casino Jr., V. J. (2007). « Health/sexuality/geography ». Dans K. Browne (dir.) *Geographies of sexualities: theory, practice and politics*, 39-52. London: Ashgate.
130. Deliso, M. (2022, 21 septembre). « Wisconsin governor calls special session to repeal 1849-era abortion ban ». *ABC News*. <https://abcnews.go.com/US/wisconsin-governor-calls-special-session-repeal-1849-era/story?id=90266204>
131. Diaz, C. J. et M. Niño. (2019). « Familism and the Hispanic Health Advantage: The Role of Immigrant Status ». *Journal of Health and Social Behavior*, 60(3) : 274-290.
132. Diaz Tello, F., M. Mikesell et J. E. Adams. (2018). *Roe’s Unfinished Promise : Decriminalizing Abortion Once and for All*. Berkeley, CA : SIA Legal Team.
133. Dickerson, C. (2020, 22 novembre). « Undocumented and Pregnant : Why Women Are Afraid to Get Prenatal Care ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/11/22/us/undocumented-immigrants-pregnant-prenatal.html>
134. Dieleman, J. L. (2021). « US Health Care Spending by Race and Ethnicity, 2002-2016 ». *JAMA Network Open*, 326(7) : 649-659.
135. Dixon, D. P. et S. A. Marston. (2011). « Introduction: feminist engagements with geopolitics ». *Gender, Place and Culture* 18(4) : 445-453.
136. Dobbins-Harris, S. (2017). « The Myth of Abortion as Black Genocide: Reclaiming our Reproductive Choice ». *National Black Law Journal*, 26 : 85-127.
137. Doshi, M., W. D. Lopez, H. Mesa, R. Bryce, E. Rabinowitz, R. Rion et P. J Fleming. (2020). « Barriers & facilitators to healthcare and social services among undocumented Latino(a)/Latinx immigrant clients: Perspectives from frontline service providers in Southeast Michigan ». *PLoS ONE*, 15(6), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233839>
138. Doty, M. M., C. Horstman, A. Shah, M. Ayo-Vaughan et L. Zephyrin. (2022). « How Discrimination in Health Care Affects Older Americans, and What Health Systems and Providers Can Do ». *The Commonwealth Fund Issue Briefs*, <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/apr/how-discrimination-in-health-care-affects-older-americans#1>
139. Dowler, L. et J. Sharp. (2001). « A Feminist Geopolitics? ». *Space & Polity* 5(3) : 165-176.
140. Dowler, L., J. Christian et A. Ranjbar. (2014). « A feminist visualisation of the intimate spaces of security ». *Area* 46(4) : 347-349.

141. Dreby, J. (2015). « U.S. Immigration Policy and Family Separation : The Consequences for Children's Well-Being ». *Social Science & Medicine*, 132 : 245-251.
142. Dumont, G.-F. (2007). « Géopolitique et populations au Tchad ». *Outre-Terre*, 3(20) : 263-288.
143. Dunn, J. T. et R. Bravo. (2007). « The Reality v. the Law: Abortion Access in California ». *Advancing New Standards in Reproductive Health*, 3 pages. <https://www.ansirh.org/research/publication/reality-v-law-abortion-access-california>
144. Eig, J. (2014). *The Birth of the Pill: How Four Crusaders Reinvented Sex and Launched a Revolution*. W. W. Norton & Company.
145. Elden, S. (2007). « Terror and Territory ». *Antipode* 39(5) : 821-845.
146. Ervin, D., E. R. Hamilton et D. López-Carr. (2017). « Blessed be the Ties: Health and Healthcare for Migrants and Migrant Families in the United States ». *International Migration*, 55(5) : 5-7.
147. Evans, S. L. et A. Maddrell. (2019). « Feminist geography in the UK: the dialectics of women-gender-feminism-intersectionality and praxis ». *Gender, Place & Culture* 26(7-9) : 1304-1313.
148. Fabi, R. (2019). « Why Physicians Should Advocate for Undocumented Immigrants' Unimpeded Access to Prenatal Care ». *Medicine and Society*, 21(1) : 93-99.
149. Facione, N. C. et P. A. Facione. (2007). « Perceived prejudice in healthcare and women's health protective behavior ». *Nursing Research*, 56(3) : 175-184.
150. Faria, C., V. Massaro et J. M. Williams. (2020). « Feminist political geographies: Critical reflections, new directions ». *Politics and Space* 38(7-8) : 1-11.
151. Fawcett, E. (2022a, 23 septembre). « Arizona Judge Reinstates Strict Abortion Ban From 1864 ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/09/23/us/arizona-abortion-ban.html>
152. Fawcett, E. (2022b, 22 septembre). « Judge Temporarily Suspends Indiana Abortion Ban », *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/09/22/us/indiana-abortion-ban.html>
153. Fete, M., J. Aho, M. Benoît, P. Cloos et V. Ridde. (2019). « Barriers and recruitment strategies for precarious status migrants in Montreal, Canada ». *BMC Medical Research Methodology*, 19(41) <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0683-2>
154. Feyissa, D. et M. Virgil Hoehne (dir.). (2010). *Borders and Borderlands as Resources in the Horn of Africa*. Boydell & Brewer.
155. Fluri, J. L. (2009). « Geopolitics of gender and violence "from below" ». *Political Geography* 28 : 259-265.
156. Foley, R. (2021, 2 août). « Ex-Planned Parenthood director says abortion giant seduces immigrants with threat of deportation ». *Christian Post*. <https://www.christianpost.com/news/whistleblower-details-how-planned-parenthood-seduces-immigrants.html>
157. Folmar, C. (2022, 21 janvier). « 69 percent oppose overturning Roe v. Wade: CNN poll ». *The Hill*. <https://thehill.com/homenews/590843-69-percent-oppose-overturning-roe-v-wade-cnn-poll/>

158. Fuentes, L., S. Lebenkoff, K. White, C. Gerdt, K. Hopkins, J. E. Potter et D. Grossman. (2016). « Women's Experience Seeking Abortion Care Shortly After the Closure of Clinics Due to Restrictive Law in Texas ». *Contraception*, 93(4) : 292-297.
159. Galewitz, P. (2020, 25 septembre). « Trump Approves Final Plan to Import Drugs From Canada 'for a Fraction of the Price' ». *KHN.org*. <https://khn.org/news/trump-approves-final-plan-to-import-drugs-from-canada-for-a-fraction-of-the-price/>
160. Galvan, T., S. Lill et L. M. Garcini. (2021). « Another Brick in the Wall: Healthcare Access Difficulties and Their Implications for Undocumented Latino/a Immigrants ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23: 885-894.
161. Galván, A. (2022, 15 mars). « Poll: LGBTQ-identification is higher among Latinos than other groups ». *Axios*. <https://www.axios.com/2022/03/15/latinos-lgbt-poll-gen-z>
162. Gamboa, S. (2022, 26 janvier). « 'We are seeing a new level of despair': Latinas decry impact of Texas abortion law ». *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/news/latino/-are-seeing-new-level-despair-latinas-decry-impact-texas-abortion-law-rcna12961>
163. García Hernández, C. C. (2017, 26 novembre). « ICE's Courthouse Arrests Undercut Democracy ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2017/11/26/opinion/immigration-ice-courthouse-trump.html>
164. Gerstein, J. et A. Ward. (2022, 3 mai). « Supreme Court has voted to overturn abortion rights, draft opinion shows », *Politico*. <https://www.politico.com/news/2022/05/02/supreme-court-abortion-draft-opinion-00029473>
165. Gemmill, A., R. Catalan, J. A. Casey, D. Karasek, H. E. Alcalá, H. Elser et J. M. Torres. (2019). « Association of Preterm Births Among US Latina Women With the 2016 Presidential Election ». *JAMA Network Open*, 2(7) doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.7084
166. Gilbert, M. (1997). « Identity, space, and politics: A critique of the poverty debates ». Dans J.P.Jones, H. J. Nast et S. M. Roberts (dir.), *Thresholds in feminist geography: Difference, methodology, representation*, 29–45. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.
167. Gilbert, M. R. (1998). « Race, Space, and Power: The Survival Strategies of Working Poor Women ». *Annals of the Association of American Geographers* 88(4) : 595-621.
168. Gilmartin, M. et E. Kofman. (2004). « Critically Feminist Geopolitics ». Dans L. Staeheli, E. Kofman et L. Peake (dir.) *Mapping Women, Making Politics: Feminist Perspectives on Political Geography*, 113-125. London: Routledge.
169. Gilmartin, M. et A. White. (2011). « Interrogating Medical Tourism: Ireland, Abortion, and Mobility Rights ». *Signs*, 36(2) : 275-280.
170. Glenza, J. (2021, 4 juin). « At least 10 states divert federal welfare funding to anti-abortion clinics ». *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2021/jun/04/states-divert-federal-welfare-funding-anti-abortion-clinics>
171. Godfrey, E. M., S. E. Rubin, E. J. Smith, M. M. Khare et M. Gold. (2010). « Women's preference for receiving abortion in primary care settings ». *Journal of Women's Health*, 19(3) : 547-553.

172. Gomez, M. M. (2015). « Intersections at the Border : Immigration Enforcement, Reproductive Oppression, and the Policing of Latina Bodies in the Rio Grande Valley ». *Columbia Journal of Gender and Law*, 30(1) : 84-118.
173. Gonzales, J. (2015). « Medical Interpreters in Short Supply as Health Coverage Grows ». *Center for Health Reporting. Leonard D. Schaeffer Center for Health Policy and Economics*, The University of Southern California.
174. González, C. (2016). « Health and immigration ». Dans A. Huerta, N. Iglesias-Prieto et D. L. Brown (dir.), *People of Color in the United States : Contemporary Issues in Education, Work, Communities, Health, and Immigration*, vol.4, 169-174, Californie : Greenwood.
175. Goodwin, M. (2020). *Policing the Womb: Invisible Women and the Criminalization of Motherhood*, Cambridge University Press.
176. Greene Foster, D. (2020). *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion*, Simon & Schuster.
177. Grimm, J. J., K.Koehler, E. M. Lust, I. Saliba et I. Schierenbeck. (2020). *Safer Field Research in the Social Sciences*. SAGE Publishing.
178. Grossman, D., K. Holt, M. Peña, D. Lara, M. Veatch, D. Córdova, M. Gold, B.Winikoff et K. Blanchard. (2010). « Self-Induction of Abortion Among Women in the United States ». *Reproductive Health Matters*, 18(36) : 136-146.
179. Grossman, D., K. White, K. Hopkins, J. E. Potter. (2014). « The Public Health Threat of Anti-Abortion Legislation ». *Contraception*, 89(2) : 73-74.
180. Grossman, D., E. Hendrick, L. Fuentes, K. White, K. Hopkins, A. Stevenson, C. Hubert Lopez, S. Yeatman et J. E. Potter. (2015). « Knowledge, opinion, and experience related to abortion self-induction in Texas ». *Contraception*, 92(4) : 360-361.
181. Grossman, D. et K. Grindlay. (2017). « Safety of Medical Abortion Provided Through Telemedicine Compared With in Person ». *Obstetrics & Gynecology*, 130(4) : 778-782.
182. Gruver, M. (2022, 10 août). « Abortion to remain legal in Wyoming while lawsuit proceeds », *AP News*. <https://apnews.com/article/abortion-health-jackson-wyoming-constitutions-042d610059f51c11563b0df3e78a8dc6>
183. Guerrero, A., L. Félix-Beltrán, R. Domínguez-Villegas et A. Vargas Bustamante. (2021). « Forgoing Healthcare in a Global Pandemic. The Chilling Effects of the Public Charge Rule on Health Access Among Children in California ». *UCLA Latino Policy & Politics Initiative*, 18 pages. [https://latino.ucla.edu/wp-content/uploads/2021/08/LPPI\\_Forgoing-Healthcare-in-a-Global-Pandemic\\_04.07.2021.pdf](https://latino.ucla.edu/wp-content/uploads/2021/08/LPPI_Forgoing-Healthcare-in-a-Global-Pandemic_04.07.2021.pdf)
184. Gutierrez-Romine, A. (2020). *From Back Alley to the Border: Criminal Abortion in California, 1920-1969*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
185. Guttmacher Institute. (2021a). « State Facts About Abortion : Texas ». *Fact Sheet*, 2 pages. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/sfaa-tx.pdf>

186. Guttmacher Institute. (2021b). *An Overview of Abortion Laws*, <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/overview-abortion-laws>
187. Guttmacher Institute. (2023) *Interactive Map: US Abortion Policies and Access After Roe*. <https://states.guttmacher.org/policies/pennsylvania/abortion-policies>
188. Hacker, K., J. Chu, C. Leung, R. Marra, A. Pirie, M. Brahim, M. English, J. Beckmann, D. Acevedo-Garcia et R. P. Marlin. (2011). « The Impact of Immigration and Customs Enforcement on Immigrant Health : Perceptions of Immigrants in Everett, Massachusetts, USA ». *Social Science & Medicine Journal*, 73(4) : 586-594.
189. Hagan, J., N. Rodriguez, R. Capps et N. Kabiri. (2003). « The Effects of Recent Welfare and Immigration Reforms on Immigrants' Access to Health Care ». *The International Migration Review*, 37(2) : 444-463.
190. Haksgaard, H. (2017). « Rural Women and Developments in the Undue Burden Analysis : The Effect of Whole Woman's Health v. Hellerstedt ». *Drake Law Review*, 65 : 663-718.
191. Haley, J. M. (2020). « One in Five Adults in Immigrant Families with Children Reported Chilling Effects on Public Benefits Receipt in 2019 ». *Urban Institute*, 21 pages. [https://www.urban.org/sites/default/files/publication/102406/one-in-five-adults-in-immigrant-families-with-children-reported-chilling-effects-on-public-benefit-receipt-in-2019\\_1.pdf](https://www.urban.org/sites/default/files/publication/102406/one-in-five-adults-in-immigrant-families-with-children-reported-chilling-effects-on-public-benefit-receipt-in-2019_1.pdf)
192. Hall, M. C. (2011). « Health and medical tourism: a kill or cure for global public health? ». *Tourism Review*, 66(1/2) : 4-15.
193. Hancock, A.-M. (2007). « When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition : Examining Intersectionality as Research Paradigm ». *Perspectives on Politics*, 5(1) : 63-79.
194. Hancock, A.-M. (2016). *Intersectionality: An Intellectual History*. Oxford: Oxford University Press.
195. Health Resources and Services Administration. (2022) *Shortage Areas*. <https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/shortage-areas>
196. Hellmann, J. (2018, 11 janvier). « ACLU : Trump admin moves to block abortion for fourth undocumented minor ». *The Hill*. <http://thehill.com/policy/healthcare/368482-trump-administration-moves-to-block-abortion-for-fourth-undocumented-minor>
197. Hemmings, C., I. Gedalof et L. Bland. (2006). « Editorial. Sexual Moralities ». *Feminist Review* 83 : 1-3.
198. Herzog, M. H. (1983). « Municipal Zoning of Abortion Clinics: The Framingham Clinic, Inc. v. Zoning Board of Appeals {415 N.E.2d 840 (Mass.)} ». *Urban Law Annual – Journal of Urban and Contemporary Law*, 24 : 277.
199. Heyman, J., G. G. Nuñez et V. Talvaera. (2009). « Healthcare Access and Barriers for Unauthorized Immigrants in El Paso County, Texas ». *Family Community Health*, 32(1) : 4-21.
200. Hill Collins, P. (2009). *Black Feminist Thought : Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. 2<sup>e</sup> édition, New York : Routledge, 384 pages.

201. Hiltner, S. (2017, 10 mars). « Illegal, Undocumented, Unauthorized : The Terms of Immigration Reporting ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2017/03/10/insider/illegal-undocumented-unauthorized-the-terms-of-immigration-reporting.html?mcubz=0&r=0>
202. Hirvonen, E. (2017). *Polish Abortion Tourism*. Mémoire de maîtrise, Management in Health Care, Laurea University of Applied Sciences, Pologne, 49 pages.
203. Holder, S. (2019, 3 juin). « The Subtle Ways Cities Are Restricting Abortion Access ». *Bloomberg*, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-06-03/how-zoning-law-is-used-against-abortion-providers>
204. Holman, M., E. Podrazik et H. Silber Mohamed. (2020). « Choosing Choice: How Gender and Religiosity Shape Abortion Attitudes among Latinos ». *The Journal of Race, Ethnicity and Politics*, 5(2020): 384-411.
205. Homaifar, N., L. Freedman et V. French. (2017). « “She’s on her own”: a thematic analysis of clinicians’ comments on abortion referral ». *Contraception*, 95(5) : 470-476.
206. Homedes, N. (2008). *The health seeking behavior of undocumented immigrants in El Paso county*. El Paso : Center for Border Health Research. 145 pages.
207. Hooper, B. A. (2014). « The Negative Effects of Cumulative Abortion Regulations : Why the 5th Circuit Was Wrong in Upholding Regulations on Medication Abortions (Planned Parenthood of Great Texas Surgical Health Services v. Abbott) Comments and Casenotes ». *University of Cincinnati Law Review*, 83 : 1489-1510.
208. Hooton, A. (2005). « A Broader Vision of the Reproductive Rights Movement : Fusing Mainstream and Latina Feminism ». *Journal of Gender, Social Policy & the Law*, 13(1) : 59-86.
209. Horsfall, D., N. Lunt, H. King, J. Hanefeld et R. D. Smith. (2013). « The impact of the Internet on medical tourism ». Dans D. Botterill, G. Pennings et T. Mainil (dir.) *Medical tourism and transnational health care*, p.223-239. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
210. Hsueh, L., A. T. Hirsh, G. Maupomé et J. C. Stewart. (2021). « Patient–Provider Language Concordance and Health Outcomes: A Systematic Review, Evidence Map, and Research Agenda ». *Medical Care Research and Review*, 78(1) : 3-23.
211. Huddleston, K. (2016). « Border Checkpoints and Substantive Due Process: Abortion Rights in the Border Zone ». *The Yale Law Journal*, 125 : 1744-1803.
212. Hung, P., K. B. Kozhimannil, M. M. Casey et I. S. Moscovice. (2016). « Why Are Obstetric Units in Rural Hospitals Closing Their Doors? ». *Health Services Research*, 51(4) : 1546-1560.
213. Hung P., C. E. Henning-Smith, M. M. Casey et K. B. Kozhimannil. (2017). « Access to obstetric services in rural counties still declining, with 9 percent losing services, 2004-14 ». *Health Affairs*, 36(9) : 1663-1671.
214. Hyndman, J. (2001) « Towards a feminist geopolitics ». *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 45(2) : 210-222.

215. Hyndman, J. (2004). « The (Geo)Politics of Mobility ». Dans L. Staeheli, E. Kofman et L. Peake (dir.), *Mapping Women, Making Politics: Feminist Perspectives on Political Geography*, 169-184. London: Routledge.
216. Hyndman, J. et A. Mountz. (2006). « Refuge or Refusal. The Geography of Exclusion ». Dans D. Gregory et A. Pred (dir.) *Violent Geographies: Fear, Terror, and Political Violence*, 77-92. London: Routledge.
217. Immigration and Naturalization Service (INS). (1999). « Field Guidance on Deportability and Inadmissibility on Public Charge Grounds », 64 FR 28689, INS No. 1988-99, 99-13202.
218. Iqbal, M., L. Omar et N. Maghbouleh. (2021). « The Fragile Obligation : Gratitude, Discontent, and Dissent with Syrian Refugees in Canada ». *Mashriq & Mahjar: Journal of Middle East and North African Migration Studies*, 8(2) : 1-30.
219. Ireland, L.D., M. Gatter et A. Y. Chen. (2016) « Medical Compared With Surgical Abortion for Effective Pregnancy Termination in the First Trimester ». *Obstetrics & Gynecology*, 126(1) : 22-28.
220. Jacobson, H. E., L. Hund et F. Soto Mas. (2016). « Predictors of English Health Literacy among U.S.Hispanic Immigrants: The importance of language, bilingualism and sociolinguistic environment ». *Lit Numer Studies*, 24(1) : 43-64.
221. Jerman, J. et R. K. Jones. (2014). « Secondary Measures of Access to Abortion Services in the United States, 2011 and 2012 : Gestational Age, Limits, Cost, and Harassment ». *Women's Health Issues*, 24(4) : e419-e424.
222. Jerman, J., R. K. Jones et T. Onda. (2016) « Characteristics of U.S. Abortion Patients in 2014 and Changes Since 2008 ». *Gutmacher Institute Report*, 29 pages. [https://www.gutmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/characteristics-us-abortion-patients-2014.pdf](https://www.gutmacher.org/sites/default/files/report_pdf/characteristics-us-abortion-patients-2014.pdf)
223. Jerman, J., L. Frohwirth, M.L. Kavanaugh et N. Blades. (2017). « Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 49(2) : 95-102.
224. Johnson, K. R. (1995). « Public Benefits and Immigration: The Intersection of Immigration Status, Ethnicity, Gender, and Class ». *UCLA Law Review*, 42(6) : 1509-1576.
225. Johnson, A. (2015, 15 décembre). « Want Viagra? S.C. Bill Would Make Men Go Through What Women Do to Get Abortions ». *NBC News*, <https://www.nbcnews.com/news/us-news/want-viagra-s-c-bill-would-make-men-go-through-n480741>
226. Johnston, L. (2018). « Intersectional feminist and queer geographies: a view from 'down-under' ». *Gender, Place & Culture* 25(4) : 554-564.
227. Johnston, L. et R. Longhurst. (2010). *Space, Place and Sex: Geographies of Sexualities*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
228. Johnston, L. et R. Longhurst. (2016). « Trans(itional) Geographies: Bodies, Binaries, Places and Spaces ». Dans G. Brown et K. Browne (dir.) *The Routledge Research Companion to Geographies of Sex and Sexualities*, 45-53. London: Routledge.

229. Jolivet, A. et J. Brignon. (2016). « Le pôle de santé publique du centre hospitalier de l'Ouest Guyanais : une structuration originale et intégrée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(2) : S98-S99.
230. Jones, Rachel K., Ushma D. Upadhyay et Tracy A. Weitz. (2013). « At What Cost? Payment for Abortion Care by U.S. Women ». *Women's Health Issues*, 23(3) : e173-e178.
231. Jones R. K., E. Witwer et J. Jerman. (2019). « Abortion Incidence and Service Availability in the United States, 2017 ». *Guttmacher Institute Report*, 24 pages. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-incidence-service-availability-us-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-incidence-service-availability-us-2017.pdf)
232. Jones, D. (2022, 6 mai). « Abortion-rights groups see a surge in donations after Roe v. Wade leak ». *NPR*. <https://www.npr.org/2022/05/06/1097210720/roe-v-wade-abortion-groups-donations-surge>
233. Joyce, T., R. Kaestner et S. Colman. (2006). « Changes in Abortions and Births and the Texas Parental Notification Law ». *The New England Journal of Medicine*, 354: 1031-1038.
234. Jusionyte, I. (2018) *Threshold: Emergency Responders on the US-Mexico Border*. Berkeley, CA: University of California Press.
235. Kaelber, L. (2012). « Latinas and Abortion : The Role of Acculturation, Religion, Reproductive History and Familism ». Thèse de doctorat en sciences infirmières, Floride, Université de Miami, 68 pages.
236. Kaiser Family Foundation (KFF). (2018). « Abstinence Education Programs: Definition, Funding, and Impact on Teen Sexual Behavior ». *KFF*. <https://www.kff.org/womens-health-policy/fact-sheet/abstinence-education-programs-definition-funding-and-impact-on-teen-sexual-behavior/>
237. Kaplan, C. P., P. I. Erickson, S. L. Stewart et L. A. Crane. (2001). « Young Latinas and Abortion: The Role of Cultural Factors, Reproductive Behavior, and Alternative Roles to Motherhood ». *Health Care for Women International*, 22(7) : 667-689.
238. Karlamangla, S. (2019, 24 janvier). « 60 hours, 50 abortions: A California doctor's monthly commute to a Texas clinic ». *Los Angeles Times*, <https://www.latimes.com/local/great-reads/la-me-coll-abortion-doctor-20190124-htmlstory.html>
239. Kavanaugh, M. L., J. Jerman et L. Frohwirth. (2019). « "It's not something you talk about really": information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care », *Contraception*, 100: 79-84.
240. Keefover, J. (2021). « Oklahoma impacted by Texas abortion law with influx of out-of-state patients ». *KTUL*. <https://ktul.com/newsletter-daily/oklahoma-impacted-by-texas-abortion-law-with-influx-of-out-of-state-patients>
241. Kim, C. J. H. et A. M. Padilla. (2020). « Technology for Educational Purposes Among Low-Income Latino Children Living in a Mobile Park in Silicon Valley: A Case Study Before and During COVID-19 ». *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 42(4) : 497-514.
242. Kitroeff, N. (2021, 20 décembre). « A Plan Form in Mexico: Help Americans Get Abortions ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2021/12/20/world/americas/mexico-abortion-pill-activists.html>

243. Kitroeff, N. et O. Lopez. (2021, 8 septembre). « Abortion Is No Longer a Crime in Mexico. But Most Women Still Can't Get One ». *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2021/09/08/world/americas/mexico-abortion-access.html>
244. Klamann, S. (2022, 24 mai). « Planned Parenthood in 'race' to scale up Colorado abortion access to meet anticipated out-of-state need ». *The Denver Gazette*. [https://denvergazette.com/news/health/planned-parenthood-in-race-to-scale-up-colorado-abortion-access-to-meet-anticipated-out-of/article\\_868b0d42-cafe-11ec-be51-03929b0ce183.html](https://denvergazette.com/news/health/planned-parenthood-in-race-to-scale-up-colorado-abortion-access-to-meet-anticipated-out-of/article_868b0d42-cafe-11ec-be51-03929b0ce183.html)
245. Klibanoff, E. (2022a, 25 janvier). « Planned Parenthood drops challenge to Lubbock's abortion ban ». *The Texas Tribune*. <https://www.texastribune.org/2022/01/25/planned-parenthood-appeal-lubbock-abortion/>
246. Klibanoff, E. (2022b, 25 juillet). « Lawyers preparing for abortion prosecutions warn about health care, data privacy ». *The Texas Tribune*. <https://www.texastribune.org/2022/07/25/abortion-prosecution-data-health-care/>
247. Korinek, K. et K. R. Smith. (2011). « Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: Exploring the impact of immigrant legal status ». *Social Science & Medicine*, 72 (10): 1695-1703.
248. Korn, J. et C. Duffy. (2022, 24 juin). « Search histories, location data, text messages: How personal data could be used to enforce anti-abortion laws ». *CNN Business*, <https://www.cnn.com/2022/06/24/tech/abortion-laws-data-privacy>
249. Kortsmitt, K., M. G. Mandel, J. A. Reeves, E. Clark, H. P. Pagano, A. Nguyen, E. E. Petersen et M. K. Whiteman. 2021. « Abortion surveillance – United States, 2019 », *Surveillance Summaries*, 70(9) : 1-29.
250. Kozhimannil, K. B., J. D. Interrante, M. K. S. Tuttle et C. Henning-Smith. (2020) « Changes in Hospital-Based Obstetric Services in Rural US Counties, 2014-2018 », *JAMA Network*, 324(4): 197-199.
251. Krause, P. et O. Szekely. (2020). *Stories from the Field. A Guide to Navigating Fieldwork in Political Science*. Columbia University Press.
252. Kreutzfeld, M. (2016). « An Unduly Burdensome Reality : The Unconstitutionality of State Feticide Laws that Criminalize Self-Induced Abortion in the Age of Extreme Abortion Restrictions ». *Women's Rights Law Reporter*, vol. 38, p.55-104.
253. Krieger, N., M. Huynh, W. Li, P. D. Waterman et G. Van Wye. (2018). « Severe sociopolitical stressors and preterm births in New York City: 1 September 2015 to 31 August 2017 ». *Journal of Epidemiology & Community Health*, 72: 1147-1152.
254. Krueger, K. (2017, 21 septembre). « Undocumented Parents Arrested at Children's Hospital While Awaiting Their Infant Son's Surgery ». *Splinter News*. <https://splinternews.com/undocumented-parents-arrested-at-childrens-hospital-whi-1818621039>
255. Kruesi, K. (2022, 25 août). « Four more GOP-led states to enact abortion 'trigger laws' ». *CTV News*, 25 août, <https://www.ctvnews.ca/health/four-more-gop-led-states-to-enact-abortion-trigger-laws-1.6041656>

256. Kulkarni, B.D., S. Nandargi et S.S. Mulye. (2010). « Zonal estimation of probable maximum precipitation rain depths over the Krishna basin in peninsular India ». *Hydrological Sciences Journal*, 55(1) : 93-103.
257. Kung, H. C., D. L. Hoyert, J. Xu et S. L. Murphy. (2008). « Deaths : Final data for 2005 ». *National Vital Statistics Reports 2008*, 56(10) : 4-26.
258. Lambert, R. F., K. E. Discepolo et H. W. Elani. (2022). « Chilling Effects on Immigrants' Health Insurance Coverage After the 2016 Presidential Election ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24: 819-826.
259. Lara, D., K. Holt, M. Peña et D. Grossman. (2015). « Knowledge of Abortion Laws and Services Among Low-Income Women in Three United States Cities ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6) : 1811-1818.
260. Lareau, A. (2021). *Listening to People. A Practical Guide to Interviewing, Participant Observation, Data Analysis, and Writing It All Up*. University of Chicago Press.
261. Lawton, B. (2021). « COVID-19 Illustrates Need to Close the Digital Divide ». Dans S. Burris, S. de Guia, L. Gable, D. E. Levins, W. E. Parmet et N. P. Terry (dir.) *COVID-19 Policy Playbook II. Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, 198-203.
262. Leege, D. C., K. D. Wald, B. S. Krueger et P. D. Mueller. (2003). *The Politics of Cultural Differences : Social Change and Voter Mobilization Strategies in the Post-New Deal Period*. Princeton: Princeton University Press.
263. Levine, R. S., J. E. Foster, R. E. Fullilove, N. C. Briggs, P. C. Hull, B. A. Husaini et C. H. Hennekens. (2001). « Black-white inequalities in mortality and life expectancy, 1993-1999: Implications for Healthy People 2010 ». *Public Health Reports*, 116: 474-483.
264. Lindgren, Y. (2017). « The Doctor Requirement : Grisworld, Privacy, and At-Home Reproductive Care ». *Constitutional Commentary*, 32(2) : 341-375.
265. Linton, P. B. (2012). « The Legal Status of Abortion in the States if Roe v. Wade is Overruled ». *Issues in Law & Medicine*, 27(3) : 181-228.
266. Liptak, A., J. D. Goodmand et S. Tavernise. (2021) « Supreme Court, Breaking Silence, Won't Block Texas Abortion Law ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2021/09/01/us/supreme-court-texas-abortion.html>
267. Littlefield, A. (2019, 21 juin). « For Women of Color on Medicaid, Health-Care Options More Likely to Include Catholic Hospitals ». *Rewire News*. <https://rewirenewsgroup.com/article/2019/06/21/for-women-of-color-on-medicaid-health-care-options-more-likely-to-include-catholic-hospitals/>
268. Littlejohn, K. E. (2021). *Just Get on the Pill : The Uneven Burden of Reproductive Politics*. University of California Press.
269. Longhurst, R. (1995). « The body and geography ». *Gender, Place and Culture* 2(1) : 97-105.
270. Longhurst, R. (1996). *Geographies that matter: Pregnant bodies in public places*. PhD dissertation, University of Waikato.

271. Longhurst, R. et L. Johnston. (2014). « Bodies, gender, place and culture: 21 years on ». *Gender, Place & Culture* 21(3) : 267-278.
272. Lopez, A. (2021, 6 janvier). « Texas Gives Medicaid Recipients Using Planned Parenthood 30 Days to Find A New Provider ». *KUT*, <https://www.kut.org/health/2021-01-06/texas-gives-medicaid-recipients-using-planned-parenthood-30-days-to-find-a-new-provider>
273. Lopez, W. D. et H. Castañeda. (2022). « The mixed-status community as analytic framework to understand the impacts of immigration enforcement on health ». *Social Science & Medicine*, 307: 115180.
274. Luibheid, E. (2006). « Sexual Regimes and Migration Controls: Reproducing the Irish Nation-State in Transnational Contexts ». *Feminist Review*, 83(1) : 60-78.
275. Luthra, S. (2021, 27 septembre). « After new law, a look inside one of South Texas' last abortion clinics ». *The 19<sup>th</sup>*, <https://19thnews.org/2021/09/new-law-inside-south-texas-abortion-clinic/>
276. Madhawi, A. (2019, 18 mai). « 'Consensual rape' and 're-implantation': the times lawmakers 'misspoke' on abortion ». *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2019/may/17/consensual-and-re-implantation-the-times-lawmakers-misspoke-on-abortion>
277. Marchevsky, A. et J. Theoharis. (2008). « Dropped From the Rolls : Mexican Immigrants, Race, and Rights in the Era of Welfare Reform ». *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 35(3) : 71-96.
278. Mariscal Guzman, E. (2018). « Why are Latinxs Underrepresented in Medical Professions? ». *Eastern Washington University Student Research and Creative Works Symposium*. 14 pages.
279. Marston, S. A., J. P. Jones III et K. Woodward. (2005). « Human geography without scale ». *Transactions of the Institute of British Geographers*, 30(4) : 416-432.
280. Martinez, O., E. Wu, T. Sandfort, B. Dodge, A. Carballo-Dieguez, R. Pinto, S. D. Rhodes, E. Moya et S. Chavez-Baray. (2015). « Evaluation the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants : A Systematic Review ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(3) : 947-970.
281. Martinez, V. et L. Villagran. (2020, 24 septembre). « At the six-month mark, El Pasoans face headaches and heartache over U.S.-Mexico border restrictions ». *El Paso Times*. <https://www.elpasotimes.com/story/news/2020/09/24/covid-19-border-restrictions-weigh-el-paso-juarez/5825999002/>
282. Martinez, G. A. (2020). *Spanish in Health Care: Policy, Practice and Pedagogy in Latino Health*, Routledge, 226 pages.
283. Massaro, V. A. et J. Williams. (2013). « Feminist Geopolitics ». *Geography Compass* 7/8: 567-577.
284. Matsuura, H. (2022). « Abortion tourism in a post-Roe v. Wade era ». *Biodemography and Social Biology*, 67(2) : 99-101.
285. May, V. M. (2015). *Pursuing Intersectionality. Unsettling Dominant Imaginaries*. Londres : Routledge, 286 pages.

286. Mayor, P. (2011). « Borderline Constitutionalism : Reconstructing and Deconstructing Judicial Justifications for Constitutional Distortion in the Border Region ». *Harvard Civil Rights – Civil Liberties Law Review*, 46: 647-673.
287. McCall, L. (2005). « The Complexity of Intersectionality ». *Journal of Women in Culture and Society* 30(3) : 1771-1800.
288. McCammon, S. (2020, 17 avril). « After Texas Abortion Ban, Clinics In Other Southwest States See Influx Of Patients ». *NPR*, <https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/04/17/837153529/after-texas-abortion-ban-clinics-in-neighboring-states-see-influx-of-patients>
289. McDowell, L. (2008). « Thinking through work: complex inequalities, constructions of difference and trans-national migrants ». *Progress in Human Geography* 32(4) : 491-507.
290. Medical Post. (1997). « Spain's hot spot for abortion tourism ». *Medical Post*, 33(22) : 47.
291. Medina, J. (2017, 30 avril). « Too Scared to Report Sexual Abuse. The Fear : Deportation ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2017/04/30/us/immigrants-deportation-sexual-abuse.html>
292. Medina, J. (2019, 19 mars). « Anyone Speak K'iche' or Mam? Immigration Courts Overwhelmed by Indigenous Languages ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2019/03/19/us/translators-border-wall-immigration.html>
293. Meyer, E. B. (1987). « Exclusionary Zoning of Abortion Facilities ». *Urban Law Annual – Journal of Urban and Contemporary Law*, 32 : 361
294. Mezzadra, S. et B. Neilson. (2013) *Border as Method, or, the Multiplication of Labor*. Durham, NC: Duke University Press.
295. Millar, R. J., S. Sahoo, T. Yamashita et P. A. Cummins. 2020. « Literacy skills, language use, and online health information seeking among Hispanic adults in the United States », *Patient Education and Counseling*, 103(8): 1595-1600.
296. Miller, J. M. (2000). *Threats and opportunities as motivators of political activism*, PhD dissertation, The Ohio State University.
297. Miller, J. M. et J. A. Krosnick. (2004). « Threat as a Motivator of Political Activism: A Field Experiment ». *Political Psychology*, 25(4) : 507-523.
298. Miller, S. (2022, 11 juillet). « Judge blocks Utah's abortion trigger law », *Kuer 90.1*. <https://www.kuer.org/politics-government/2022-07-11/judge-blocks-utahs-abortion-trigger-law>
299. Mirandé, A. (1997). *Hombres y machos : Masculinity and Latino Culture*. Boulder, CO : Westview Press.
300. Molina, R. L. et J. Kasper. (2019). « The power of language-concordant care: a call to action for medical schools ». *BMC Medical Education*, 19 : 378-383.
301. Mollett, S. et C. Faria. (2018). « The spatialities of intersectional thinking, fashioning feminist geographic futures ». *Gender, Place & Culture*, 25(4) : 565-577.

302. Montellaro, Z. et M. Messerly, (2022, 25 septembre). « Abortion upends the battle for a dozen key governships ». *Politico*. <https://www.politico.com/news/2022/09/25/abortion-gop-candidates-governors-races-00058713>
303. Mooney, C. Z. et M. H. Lee. (1995). « Legislative Morality in the American States : The Case of Pre-Roe Abortion Regulation Reform ». *American Journal of Political Science*, 39(3) : 599-627.
304. Morey, B. N., A. Matias Bacong, A. K. Hing, A. B. de Castro et G. C. Gee. (2020). « Heterogeneity in Migrant Health Selection: The Role of Immigrant Visas ». *Journal of Health and Social Behavior*, 61(3): 359-376.
305. Mountz, A. (2004). « Embodying the nation-state: Canada's response to human smuggling ». *Political Geography*, 23 : 323-345.
306. Mountz, A. (2011). « Where asylum-seekers wait: feminist counter-topographies of sites between states ». *Gender, Place & Culture*, 18(3) : 381-399.
307. Mountz, A. et J. Hyndman. (2006). « Feminist Approaches to the Global Intimate ». *Women's Studies Quarterly* 34(1/2) : 446-463.
308. Moya, E. M., S. M. Chavez-Baray et M. S. Monroy. (2020). « Health Institutions at the U.S.-Mexico Border ». Dans T. Payan et P. Cruz (dir.) *Institutional Development and Governance on the U.S.-Mexico Border*. Tucson: University of Arizona Press.
309. Murillo, L.-M.. (2021, 2 septembre). « Opinion : A transnational approach to abortion in the Borderland ». *El Paso Matters*. <https://elpasomatters.org/2021/09/02/opinion-a-transnational-approach-to-abortion-in-the-borderland/>
310. Murphy, M. (2012). *Seizing the Means of Reproduction : Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience*, Durham, NC : Duke University Press, 268 pages.
311. Murphy, M. P. A. (2021). « The Double Articulation of Sovereign Bordering: Spaces of Exception, Sovereign Vulnerability, and Agamben's Schmitt/Foucault Synthesis ». *Journal of Borderland Studies*, 36(4) : 599-615.
312. Murray, L. et N. Khan. (2000). « The im/mobilities of 'sometimes-migrating' for abortion: Ireland to Great Britain ». *Mobilities*, 15(2) : 161-172.
313. Murtagh, C. E. Wells, E. G. Raymond, F. Coeytaux et B. Winikoff. (2018). « Exploring the Feasibility of Obtaining Mifepristone and Misoprostol from the Internet ». *Contraception*, 97(4) : 287-291.
314. Nail, T. (2016). *Theory of the Border*. Oxford, UK: Oxford University Press.
315. Nagar, R., V. Lawson, L. McDowell et S. Hanson. (2002). « Locating Globalization: Feminist (Re)readings of the Subjects and Spaces of Globalization ». *Economic Geography* 78(3) : 257-84.
316. NARAL Pro-Choice America. (2022). *Translating Abortion Disinformation. The Spanish-Language Anti-Choice Landscape*. 13 pages. <https://www.prochoiceamerica.org/wp-content/uploads/2022/05/Translating-Abortion-Disinformation-The-Spanish-Language-Anti-Choice-Landscape.pdf>

317. Nash, E. (2020). « State Abortion Policy Landscape : From Hostile to Supportive ». *Guttmacher Institute*. <https://www.guttmacher.org/article/2019/08/state-abortion-policy-landscape-hostile-supportive#>
318. Nash, E. (2021). « State Policy Trends 2021: The Worst Year for Abortion Rights in Almost Half a Century ». *The Guttmacher Institute*, <https://www.guttmacher.org/article/2021/12/state-policy-trends-2021-worst-year-abortion-rights-almost-half-century>
319. Nash, E., R. Benson Gold, Z. Ansari-Thomas, O. Cappello et L. Mohammed. (2016). « Laws Affecting Reproductive Health and Rights : State Trends at Midyear, 2016 ». *Guttmacher Institute*. <https://www.guttmacher.org/article/2016/07/laws-affecting-reproductive-health-and-rights-state-trends-midyear-2016>
320. Nash, E., L. Mohammed, O. Cappello et S. Naide. (2019). « State Policy Trends 2019 : A Wave of Abortion Bans, But Some States Are Fighting Back ». *Guttmacher Institute*. <https://www.guttmacher.org/article/2019/12/state-policy-trends-2019-wave-abortion-bans-some-states-are-fighting-back>
321. Nash, E. et L. Cross. (2021). « 2021 Is on Track to Become the Most Devastating Antiabortion State Legislative Session in Decades ». *Guttmacher Institute*, <https://www.guttmacher.org/article/2021/04/2021-track-become-most-devastating-antiabortion-state-legislative-session-decades>
322. Nash, E. et J. Dreweke. (2022). « 2022 State Legislative Sessions: Abortion Bans and Restrictions on Medication Abortion Dominate ». *Guttmacher Institute*, <https://www.guttmacher.org/article/2022/03/2022-state-legislative-sessions-abortion-bans-and-restrictions-medication-abortion>
323. Nash, J. C. (2008). « Re-thinking Intersectionality ». *Feminist Review*, 89: 1-15.
324. National Advocates for Pregnant Women. (2022). *Confronting Pregnancy Criminalization. A Practical Guide for Healthcare Providers, Lawyers, Medical Examiners, Child Welfare Workers, and Policymakers*. [https://www.nationaladvocatesforpregnantwomen.org/wp-content/uploads/2022/06/1.Confronting-Pregnancy-Criminalization\\_6.22.23-1.pdf](https://www.nationaladvocatesforpregnantwomen.org/wp-content/uploads/2022/06/1.Confronting-Pregnancy-Criminalization_6.22.23-1.pdf)
325. National Immigration Law Center. (2014). *Immigrants and the Affordable Care Act (ACA)*. <https://www.nilc.org/issues/health-care/immigrantsher/>
326. National Organization for Women. (2017). *Intimate Partner Violence Undocumented & Immigrant Women*. <https://now.org/wp-content/uploads/2017/06/Learn-More-IPV-and-Immigrant-Womenpdf.pdf>
327. NBC News. (2022, 12 août). « Kansas Ballot Proposition Election Results: Abortion rights to remain protected under the state constitution ». *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/politics/2022-primary-elections/kansas-ballot-measures>
328. Nevins, J. (2010). *Operation Gatekeeper and Beyond : The War on « Illegals » and the Remaking of the US-Mexico Boundary*, New York : Routledge, 312 pages.
329. New York State Medicaid Program. (2015). *Physician Policy Guidelines*. 46 pages. [https://www.emedny.org/ProviderManuals/Physician/PDFS/Physician\\_Manual\\_Policy\\_Guidelines.pdf](https://www.emedny.org/ProviderManuals/Physician/PDFS/Physician_Manual_Policy_Guidelines.pdf)

330. Ngai, M. M. (2014). *Impossible Subjects : Illegal Aliens and the Making of Modern America*. Princeton : Princeton University Press, 416 pages.
331. Nijkamp, P. (2021). « Borders as opportunities in the space-economy: towards a theory of enabling space », *Asia-Pacific Journal of Regional Science*, 5: 223-239.
332. Noor, P. (2022a, 7 mai). « The activists championing DIY abortions for a post Roe v. Wade world ». *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/us-news/2022/may/07/abortion-pill-at-home-activists-future-roe-v-wade>
333. Noor, P. (2022b, 18 septembre). « ‘I can’t stay silent’: Roe reversal powers new generation to sign up and vote ». *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2022/sep/18/roe-v-wade-abortion-us-politics-november-midterms>
334. Noor, P. (2022c, 3 août). « ‘We could feel it’: Kansans celebrate upset abortion rights victory ». *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/us-news/2022/aug/03/kansas-abortion-rights-referendum-reaction>
335. North, A. (2019, 10 avril). « How abortion became a partisan issue in America ». *Vox News*. <https://www.vox.com/2019/4/10/18295513/abortion-2020-roe-joe-biden-democrats-republicans>
336. Novak, N. L., A. T. Geronimus et A. M. Martinez-Cardoso. (2017). « Change in birth outcomes among infants born to Latina mothers after a major immigration raid ». *International Journal of Epidemiology*, 46 (3): 839-849.
337. Novack, S. et C. Collins. (2020, 6 janvier) « This West Texas Town is a Reproductive Health Void ». *Texas Observer*, <https://www.texasobserver.org/labor-away-womens-health-rural-texas/>
338. Nuñez, G. G. et J. McC. Heyman. (2011). « Entrapment and (Im)Mobility On the U.S.-Mexico Border ». *Voices of Mexico*, 92: 44-48.
339. Oberman, M. (2018). *Her Body, Our Law: On the Front Lines of the Abortion War, From El Salvador to Oklahoma*, Penguin Random House.
340. Ochoa O’Leary, A. et A. Sánchez. (2012). « Mixed Immigration Status Households in the Context of Arizona’s Anti-Immigrant Policies : Implications for Health Care Disparities ». Dans Mónica Vereá (dir.), *Anti-Immigrant Sentiments, Actions, and Policies in North America and the European Union*, 157-174, México, DF : Universidad Nacional Autónoma de México.
341. Ochoa O’Leary, A. (eds.). (2014) *Undocumented Immigrants in the United States – A Encyclopedia of Their Experience*, volume I (A-J), Santa Barbara, CA : Greenwood, 884 pages.
342. Office of the Governor. (2022, 11 mai). *Gov. Edwards Issues Statement Opposing Radical Anti-Woman House Bill 813*. <https://gov.louisiana.gov/index.cfm/newsroom/detail/3657>
343. Okie, S. (2007) « Immigrants and Health Care – At the Intersection of Two Broken Systems ». *The New England Journal of Medicine*, 357(6) : 525-529.
344. Ollstein, A. M. et M. Messerly. (2022, 19 mars). « Missouri wants to stop out-of-state abortions. Other states could follow ». *Politico*. <https://www.politico.com/news/2022/03/19/travel-abortion-law-missouri-00018539>

345. Olukotun, O. et L. Mkandawire-Valhmu. (2020) « Lessons Learned From the Recruitment of Undocumented African Immigrant Women for a Qualitative Study », *International Journal of Qualitative Methods*, <https://doi.org/10.1177/1609406920904575>
346. Ong, A. (1999). *Flexible citizenship: the cultural logics of transnationality*. Durham: Duke University Press.
347. Orr, K. (2021). « For Many Rural and Lower-Income Californians, Abortion Access Remains Limited ». *KQED*, <https://www.kqed.org/news/11896908/for-many-rural-and-lower-income-californians-abortion-services-remain-hard-to-access>
348. Ortega, A. N., R. M. McKenna, J. Kemmick Pintor, B. A. Langellier, D. H. Roby, N. Pourat, A. Vargas Bustamante et S. P. Wallace. (2018). « Health Care Access and Physical and Behavioral Health Among Undocumented Latinos in California ». *Medical Care*, 56(11) : 919-926.
349. Otten J. J. E. A. Dodson, S. Fleischhacker, S. Siddiqi et E. L. Quinn. (2015). « Getting research to the policy table: a qualitative study with public health researchers on engaging with policy makers ». *Preventing Chronic Disease*, 12:E56.
350. Pain, R. (2015). « Intimate War ». *Political Geography* 44: 64-73.
351. Pain, R. et L. Staeheli. (2014). « Introduction: intimacy-geopolitics and violence ». *Area* 46(4) : 344-360.
352. Paltrow, L. M. (2002). « The War on Drugs and the War on Abortion: Some Initial Thoughts on the Connections, Intersections and Effects ». *Reproductive Health Matters*, 10(19) : 162-170.
353. Parson, N. et C. Heckert. (2014). « The Golden Cage : The Production of Insecurity at the Nexus of Intimate Partner Violence and Unauthorized Migration in the United States ». *Human Organization*, 73(4) : 305-314.
354. Paasi, A. (2011) “A “Border Theory”: an unattainable dream or realistic aim for border scholars?”. Dans D. Wastl-Walter (dir.) *The Ashgate Research Companion to Border Studies*, p.11-31. London: Routledge.
355. Pendergrass, D. C. et M. Y. Raji. (2017, 28 septembre). « The Bitter Pill: Harvard and the Dark History of Birth Control », *The Crimson*. <https://www.thecrimson.com/article/2017/9/28/the-bitter-pill/>
356. Pennings, G. (2004). « Legal Harmonization and Reproductive Tourism in Europe ». *Human Reproduction*, 19(12) : 2689-2694.
357. Perreira, K. M. et J. M. Pedroza. (2019). « Policies of Exclusion : Implications for the Health of Immigrants and their Children ». *Annual Review of Public Health*, 40 : 147-166.
358. Petchesky, R. P. (1984). *Abortion and Woman's Choice : The State, Sexuality, and Reproductive Freedom*. Boston : Northeastern University Press, 404 pages.
359. Peterson-Iyer, K.. (2008). « Culturally Competent Care for Latino Patients ». *Markkula Center for Applied Ethics at Santa Clara University*. <https://www.scu.edu/ethics/focus-areas/bioethics/resources/culturally-competent-care/culturally-competent-care-for-latino-patients/>

360. Pew Research Center. (2022). *Public Opinion on Abortion*. <https://www.pewresearch.org/religion/fact-sheet/public-opinion-on-abortion/>
361. Pham, H. et P. Hoang Van. (2012). « Measuring the Climate for Immigrants. A State-by-State Analysis ». Dans G. J. Chin et C. Hessick (dir.), *Strange Neighbors: The Role of the States in Immigration Enforcement and Policy*, 21-39, New York: New York University Press.
362. Pitkin Derose, K., J. J. Escarce et N. Lurie. (2007). « Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability ». *Health Affairs*, 26(5) : 1258-1268.
363. Potter, J. E. (2013). « Declaration of Dr. Joseph E. Potter », *Planned Parenthood of Greater Texas Surgical Health Services v. Gregory Abbott*, 1:13-cv-862-LY, [https://liberalarts.utexas.edu/txpep/\\_files/pdf/TxPEP-Declaration-Final.pdf](https://liberalarts.utexas.edu/txpep/_files/pdf/TxPEP-Declaration-Final.pdf)
364. Pratt, G. (1999). « Geographies of identity and difference: Marking boundaries ». Dans Massey, J. Allen et P. Sarr (dir.) *Human geography today*, 151–68. Cambridge, UK: Polity Press.
365. Pratt, G. (2004). *Working feminism*. Philadelphia: Temple University Press.
366. Pratt, G. et S. Hanson. (1994). « Geography and the construction of difference ». *Gender, Place and Culture* 1(1) : 5–29.
367. Pratt, G. et V. Rosner. (2012). « Introduction: The Global and the Intimate ». Dans G. Pratt et V. Rosner (dir.) *The Global and the Intimate: Feminism in Our Time*, 1-27. New York: Columbia University Press.
368. Prather, C., T. R. Fuller, W. L. Jeffries IV, K. J. Marshall, A. V. Howell, A. Belyue-Umole et W. King. (2018). « Racism, African American Women, and Their Sexual and Reproductive Health: A Review of Historical and Contemporary Evidence and Implications for Health Equity ». *Health Equity*, 2(1) : 249-259.
369. Price, A. et N. Cobler. (2022, 4 mai). « Poll: Most Texans oppose an abortion ban ». *Axios Austin*. <https://www.axios.com/local/austin/2022/05/04/texans-roe-abortion-poll-supreme-court>
370. Price, K. (2010). « What Is Reproductive Justice? How Women of Color Are Redefining the Pro-Choice Paradigm ». *Meridians : Feminism, Race, Transnationalism*, 10(2) : 42-65.
371. Pruitt, L. R. et M. R. Vanegas. (2015). « Urbanormativity, Spatial Privilege, and Judicial Blind Spots in Abortion Law ». *Berkeley Journal of Gender, Law, and Justice*, 30 : 76-153.
372. Raffaelli, M. et L.L. Ontai. (2001). « ‘She’s 16 years old and there’s boys calling over to the house’: An exploratory study of sexual socialization in Latino families ». *Culture, Health & Sexuality*, 3(3) : 295-310.
373. Raghuram, P. (2019). « Race and feminist care ethics: intersectionality as a method ». *Gender, Place & Culture*, 26(5) : 613-637.
374. Raifman, S., G. Sierra, D. Grossman, S. E. Baum, K. Hopkins, J. E. Potter et K. White. (2021). « Border-state abortions increased for Texas residents after House Bill 2 ». *Contraception*, 104(3) : 314-318.

375. Ranjan, P., A. Kumari et C. Arora. (2020). « The value of communicating with patients in their first language », *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 20(6) : 559-561.
376. Raymond, E.G., C. Shannon, M. A. Weaver et B. Winikoff. (2013). « First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systemic review ». *Contraception*, 87(1) : 26-37.
377. Reader, R. (2022, 29 juin). « Searches for abortion medications have soared ». *Politico*. <https://www.politico.com/news/2022/06/29/searches-for-abortion-medications-have-soared-00043123>
378. Reagan, L. J. (1997). *When Abortion Was A Crime : Women, Medicine, and Law in the United States, 1867-1973*. Berkeley : University of California Press, 400 pages.
379. Reagan, L. J. (2000). « Crossing the Border for Abortions: California Activists, Mexican Clinics, and the Creation of a Feminist Health Agency in the 1960s ». *Feminist Studies*, 26(2) : 323-348.
380. Redden, M. (2016, 24 février) « Quarter of US abortion clinics have closed over last five years, report says ». *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2016/feb/24/us-abortion-clinics-closing-report>
381. Reed, M. M., J. M. Westfall, C. Bublitz, C. Battaglia et A. Fickenscher. (2005). « Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population ». *BMC Public Health*, 5 (100) doi: [10.1186/1471-2458-5-100](https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-100)
382. Reed, T. (2022, 21 avril). « A quarter of Black, Latino seniors report health care discrimination ». *Axios*. <https://www.axios.com/2022/04/21/quarter-of-black-and-latino-patients-report-health-care-discrimination>
383. Reimer, S. (2009). « Geographies of production III: knowledge, cultural economies and work (revisited) ». *Progress in Human Geography* 33(5) : 677-684.
384. Rich, A. (1994). *Blood, Bread, and Poetry*. New York : W.W. Norton & Company, 256 pages.
385. Ritaine, E. (2009). « La barrière et le checkpoint: mise en politique de l'asymétrie ». *Cultures & Conflits*, 73 : 15-33.
386. Roberts, S. C. M., M. A. Biggs, K. S. Chibber, H. Gould, C. H. Rocca et D. Greene Foster. (2014). « Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion ». *BMC Medicine*, 12 : 144 <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0144-z>
387. Rodó-de-Zárate, M. (2014). « Developing geographies of intersectionality with Relief Maps: reflections from youth research in Manresa, Colombia ». *Gender, Place & Culture* 21(8) : 925-944.
388. Rodó-de-Zárate, M. et M. Baylina. (2018). « Internationality in feminist geographies ». *Gender, Place & Culture* 25(4): 547-553.
389. Romo, V. (2022, 15 mars). « Can states limit abortion and gender-affirming treatments outside their borders? ». *NPR*, <https://www.kcur.org/2022-03-15/can-states-limit-abortion-and-gender-affirming-treatments-outside-their-borders>

390. Ross, L. J. (1992). « African-American Women and Abortion: A Neglected History ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 3(2) : 274-284.
391. Ross, L. et R. Solinger. (2017). *Reproductive Justice. An Introduction*. University of California Press.
392. Rossi, V. et V. Martinez. (2021a, 1<sup>er</sup> septembre). « Abortion on the border : Activists stay resilient ». *El Paso Matters*. <https://elpasomatters.org/2021/09/01/abortion-on-the-border-activists-stay-resilient/>
393. Rossi, V. et V. Martinez. (2021b, 31 août). « Abortion on the border : The institutionalization of stigma and shame ». *El Paso Matters*. <https://elpasomatters.org/2021/08/31/abortion-on-the-border-the-institutionalization-of-stigma-and-shame/>
394. Roubain, R. (2022, 9 mai). « How the anti-abortion movement achieved this moment ». *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/politics/2022/05/09/how-antiabortion-movement-achieved-this-moment/>
395. Rowan, A. (2015). « Prosecuting Women for Self-Inducing Abortion : Counterproductive and Lacking Compassion ». *Gutmacher Policy Review*, 18(3) : 70-76.
396. Rude, L. (2021, 25 mai) « UPDATE : One of three pro-life bills passed by PA House of Representatives ». *ABC 27 News*, <https://www.abc27.com/news/pennsylvania/heartbeat-bill-plus-two-other-pro-life-bills-passed-in-pennsylvania/>
397. Russo N. F. et J. E. Denious. (2005). « Controlling birth: science, politics, and public policy ». *Journal of Social Issues*, 61 : 181–191.
398. Saad, L. (2021, 9 juin). « Americans Still Oppose Overturning Roe v. Wade ». *Gallup*. <https://news.gallup.com/poll/350804/americans-opposed-overturning-roe-wade.aspx>
399. Sable, M. R. et C. M. Galambos. (2006). « Prevention and Women’s Reproductive Health : A Matter of Concern ». *Health and Social Work*, 31(3) : 163-166.
400. Sabo, S., S. Shaw, M. Ingram, N. Teufel-Shone, S. Carvajal, J. Guernsey de Zapien, C. Rosales, F. Redondo, G. Garcia et R. Rubio-Goldsmith. (2014) « Everyday violence, structural racism and mistreatment at the US-Mexico border ». *Social Science & Medicine*, 109 : 66-74.
401. Sacchetti, M. (2017, 18 octobre). « U.S. judge orders Trump administration to allow abortion for undocumented teen ». *The Washington Post*. [https://www.washingtonpost.com/local/immigration/judge-trump-administration-cannot-block-abortion-for-pregnant-undocumented-teen/2017/10/18/82348e08-b406-11e7-be94-fabb0f1e9ffb\\_story.html?utm\\_term=.4f5d53186f28](https://www.washingtonpost.com/local/immigration/judge-trump-administration-cannot-block-abortion-for-pregnant-undocumented-teen/2017/10/18/82348e08-b406-11e7-be94-fabb0f1e9ffb_story.html?utm_term=.4f5d53186f28)
402. Sacchetti, M. et A. E. Marimow. (2017, 25 octobre). « Undocumented teen immigrant has the abortion she sought for weeks ». *The Washington Post*. [https://www.washingtonpost.com/politics/courts\\_law/undocumented-immigrant-teen-has-abortion-ending-weeks-long-court-battle/2017/10/25/9805249a-b90b-11e7-9e58-e6288544af98\\_story.html?utm\\_term=.9c2b947f14f0](https://www.washingtonpost.com/politics/courts_law/undocumented-immigrant-teen-has-abortion-ending-weeks-long-court-battle/2017/10/25/9805249a-b90b-11e7-9e58-e6288544af98_story.html?utm_term=.9c2b947f14f0)
403. Sack, R. D. (1986). *Human Territoriality: Its Theory and History*. Cambridge: CUP Archive.

404. Saeed, S. A. et R. MacRae Masters. (2021). « Disparities in Health Care and the Digital Divide », *Current Psychiatry Reports*, 23 : 61, <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01274-4>
405. Salsberg, E., C. Richwine, S. Westergaard, M. Portela Martinez, T. Oyeyemi, A. Vichare et C. P. Chen. (2021). « Estimation and Comparison of Current and Future Racial/Ethnic Representation in the US Health Care Workforce ». *JAMA Network Open*, 4(3) : e213789.
406. Sanchez, R. (2018, 23 juin). « Border patrol agents are stopping people on highways in New England to check their citizenship ». *CNN*. <https://www.cnn.com/2018/06/23/us/maine-new-hampshire-border-patrol-checkpoints/index.html>
407. Sanctuary Cities for the Unborn. (2022). *Sanctuary Cities for the Unborn*. <https://sanctuarycitiesfortheunborn.org/sanctuary-cities-1>
408. Sanders, R. (1990). « Integrating Race and Ethnicity into Geographic Gender Studies ». *Professional Geographer* 42(2) : 228-231.
409. Sandoval, E. (2022, 19 février). « How the Fight Over Abortion Right Has Changed the Politics of South Texas ». *The New York Times* . <https://www.nytimes.com/2022/02/19/us/texas-laredo-abortion.html>
410. Sanger-Katz, M., C. Cain Miller et Q. Bui. (2021, 14 décembre). « Who Gets Abortion in America? », *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2021/12/14/upshot/who-gets-abortions-in-america.html>
411. Santa Ana, O. (1999). « ‘Like an Animal I Was Treated’ : Anti-immigrant Metaphor in US Public Discourse ». *Discourse & Society*, 10(2) : 191-224.
412. Schoen, J. (2015). *Choice and Coercion : Birth Control, Sterilization, and Abortion in Public Health and Welfare*. Chapel Hill, NC : University of North Carolina Press, 352 pages.
413. Schwartz, M. (2018, 1<sup>er</sup> octobre). « Trump to Undocumented Teens : Give Birth or Get Out ». *The New York Review of Books*. <http://www.nybooks.com/daily/2018/01/10/trump-to-undocumented-teens-give-birth-or-get-out/>
414. Seale, E., M. Reaume, R. Batista, A. Bader Eddeen, R. Roberts, E. Rhodes, D. I. McIsaac, C. E. Kendall, M. M. Sood, D. Prud’homme et P. Tanuseputro. (2022). « Patient–physician language concordance and quality and safety outcomes among frail home care recipients admitted to hospital in Ontario, Canada ». *Canadian Medical Association Journal*, 194(26) : E899-E908.
415. Senderowicz, L., P. Sanhueza et A. Langer. (2016) « Socioeconomic status and abortion tourism in Mexico City: implications for equity ». *Contraception*, 93(5) : 472.
416. Sethna, C. (2012). « Travel to Access Abortion Services in Canada ». *World of Ideas*, 4 pages.
417. Sethna, C. et M. Doull. (2012). « Accidental Tourists: Canadian Women, Abortion Tourism, and Travel ». *Women’s Studies*, 41(4) : 457-475.
418. Sethna, C. B. Palmer, K. Ackerman et N. Janovicek. (2013) « Choice, Interrupted: Travel and Inequality of Access to Abortion Services since the 1960s ». *Labour/Le Travail*, 71 : 29-48.

419. Sharp, J. (2000). « Remasculinising geo(-)politics? Comments on Gearóid Ó Tuathail's *Critical Geopolitics* ». *Political Geography* 19 : 361-364.
420. Sharp, J. (2004). « Doing Feminist Political Geographies ». Dans L. Staeheli, E. Kofman et L. Peake (dir.) *Mapping Women, Making Politics: Feminist Perspectives on Political Geography*, 87-98. London: Routledge.
421. Sharp, J. (2020). « Materials, forensics and feminist geopolitics ». *Progress in Human Geography* 20(10) : 1-13.
422. Shedlin, M. G., C. U. Decena, T. Mangadu et A. Martinez. (2011). « Research Participant Recruitment in Hispanic Communities : Lessons Learned ». *Journal of Immigrant Minority Health*, 13: 352-360.
423. Shenfield, F., J. de Mouzon, G. Pennings, A. P. Ferraretti, A. Nyboe Andersen, G. de Wert, V. Goossens et ESHRE Taskforce on Cross Border Reproductive Care. (2010). « Cross border reproductive care in six European countries ». *Human Reproduction*, 25(6) : 1361-1368.
424. Sherman, C. (2017, 19 décembre). « Undocumented teen can get abortion asap, judge says in reversal of ruling ». *Vice News*. [https://news.vice.com/en\\_us/article/a3ngk4/undocumented-teen-can-get-abortion-asap-judge-says-in-reversal-of-prior-ruling](https://news.vice.com/en_us/article/a3ngk4/undocumented-teen-can-get-abortion-asap-judge-says-in-reversal-of-prior-ruling)
425. Simon, S. (2022, 9 juillet). « Americans in border states are traveling to Mexico for abortion medication ». *NPR Up First*. <https://www.npr.org/2022/07/09/1110667080/americans-in-border-states-are-traveling-to-mexico-for-abortion-medication>
426. Sircar, S. (2022). « Emplacing intersectionality: autoethnographic reflections on intersectionality as geographic method ». *Gender, Place & Culture*, 29(7) : 903-922.
427. Smith, M. H., Z. Muzyczka, P. Chakraborty, E. Johns-Wolfe, J. Higgins, D. Bessett et A. H. Norris. (2022). « Abortion travel within the United States: An observational study of cross-state movement to obtain abortion care in 2017 ». *The Lancet Regional Health – Americas*, 10: 100214
428. Smith, S. H. (2009). « The Domestication of Geopolitics: Buddhist-Muslim Conflict and the Policing of Marriage and the Body in Ladakh, India ». *Geopolitics* 14(2) : 197-218.
429. Smith, S. H. (2011). « She says herself, "I have no future": love, fate and territory in Leh District, India ». *Gender, Place & Culture*, 18(4) : 455-476.
430. Smith, S. H. (2012). « Intimate Geopolitics: Religion, Marriage and Reproductive Bodies in Leh, Ladakh ». *Annals of the Association of American Geographers* 102(6) : 1511-1528.
431. Sneed, T. (2022, 25 août). « North Dakota judge blocks abortion trigger ban day before it goes into effect ». *CNN*. <https://www.cnn.com/2022/08/25/politics/abortion-north-dakota>
432. Solinger, R. (2005). *Pregnancy and Power : A Short History of Reproductive Politics in America*. New York : NYU Press, 312 pages.
433. Staeheli, L. A. et E. Kofman. (2004). « Mapping Gender, Making Politics: Toward Feminist Political Geographies ». Dans L. Staeheli, E. Kofman et L. Peake (dir.) *Mapping Women, Making Politics: Feminist Perspectives on Political Geography*, 1-13. London: Routledge.

434. Statz, M. et L. R. Pruitt. (2018). « To Recognize the Tyranny of Distance : A Spatial Reading of Whole Woman’s Health v. Hellerstedt ». *Environment and Planning A : Economy and Space*, <https://doi.org/10.1177/0308518X18757508> (Publié en ligne avant papier)
435. Steinauer, J. E., J. K. Turk, T. Pomerantz, K. Simonson, L. A. Learman, U. Landy. (2018). « Abortion training in US obstetrics and gynecology residency programs », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 219(1): 1-6.
436. Stepler, R. et M. H. Lopez. (2016). « Ranking the Latino Population in the States ». *Pew Research Center*. <http://www.pewhispanic.org/2016/09/08/4-ranking-the-latino-population-in-the-states/>
437. Sterling, A.-M. E.W. (1997). « The European Union and Abortion Tourism: Liberalizing Ireland’s Abortion Law ». *Boston College International & Comparative Law Review*, 20(2) : 385-406.
438. Stevenson, A. J. (2021). « The Pregnancy-Related Mortality Impact of a Total Abortion Ban in the United States: A Research Note on Increased Deaths Due to Remaining Pregnant ». *Demography*, 58(6) : 2019-2028.
439. Stiell, B. et K. England. (1997). « Domestic Distinctions: Constructing Difference among Paid Domestic Workers in Toronto ». *Gender, Place and Culture* 4(3) : 339–360.
440. Stulberg, D. B., A. M. Dude, I. Dahlquist et F. A. Curlin. (2011). « Abortion Provision Among Practicing Obstetrician-Gynecologists ». *Obstetrics & Gynecology*, 118(3) : 609-614.
441. Stumpf, J. P. (2008). « States of Confusion: The Rise of State and Local Power Over Immigration ». *North Carolina Law Review*, 86 : 1557-1618.
442. Swartzendruber, A. et D. N. Lambert. (2020). « A Web-Based Geolocated Directory of Crisis Pregnancy Centers (CPCs) in the United States: Description of CPC Map Methods and Design Features and Analysis of Baseline Data ». *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(1) : e16726.
443. Tatalovich, R. (1997). *The Politics of Abortion in the United States and Canada. A Comparative Study*. Londres : Routledge, 256 pages.
444. Teal, S. B., T. Harken, J. Sheeder et C. Westhoff.. (2009). « Efficacy, Acceptability and Safety of Medication Abortion in Low-Income, Urban Latina Women ». *Contraception*, 80(5) : 479-483.
445. Telemundo. (2019). *Latinas Powering Forward. Defining the Cultural Narrative and Reaching New Horizons*. 23 pages.
446. Tenold, V. et G. Gordon. (2019, 24 juillet). « On the frontline: 12 hours in a besieged abortion clinic ». *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2019/jul/24/abortion-wars-alabama-12-hours-besieged-clinic>
447. Texas Health and Human Services. (2021). « 2021 Induced Terminations of Pregnancy by Post-Fertilization Age and Procedure (Excel) ». *ITOP Statistics*. <https://www.hhs.texas.gov/about/records-statistics/data-statistics/itop-statistics>
448. The New York Times. (2022, 7 juillet) « Opinion. Can You Answer These Sex Ed Questions? A Post-Roe Quiz ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2022/07/07/opinion/07sexed.html>

449. Thomson-DeVeaux, A. (2022, 18 avril) « It Can Already Take Weeks To Get An Abortion ». *FiveThirtyEight*, <https://fivethirtyeight.com/features/it-can-already-take-weeks-to-get-an-abortion/>
450. Thompson, A., D. Singh, A. R. Ghorashi, M. K. Donovan, J. Ma et J. Rikelman. (2021). « The disproportionate burdens of the mifepristone REMS », *Contraception*, 104(1) : 16-19.
451. Thompson, K. M. J., H. J. W. Sturrock, D. Greene Foster et U. Upadhyay. (2021). « Association of Travel Distance to Nearest Abortion Facility With Rates of Abortion ». *JAMA Network Open*, 4(7) : doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.15530
452. Tolbert, J., S. Artiga et O. Pham. (2019, 15 octobre). « Impact of Shifting Immigration Policy on Medicaid Enrollment and Utilization of Care among Health Center Patients », *KFF*. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/impact-of-shifting-immigration-policy-on-medicaid-enrollment-and-utilization-of-care-among-health-center-patients/>
453. Trivedi, A. N. et J. Z. Ayanian. (2006). « Perceived discrimination and use of preventive health services ». *Journal of General Internal Medicine*, 21(6) : 553-558.
454. Tuma, M. (2021, 14 juillet) « Planned Parenthood files lawsuit against Texas’s extreme abortion ban ». *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/us-news/2021/jul/14/texas-abortion-ban-lawsuit-planned-parenthood>
455. United States Census Bureau. (S.D.) *Rural America*. <https://mtgis-portal.geo.census.gov/arcgis/apps/MapSeries/index.html?appid=49cd4bc9c8eb444ab51218c1d5001ef6#:~:text=The%20Census%20Bureau%20defines%20rural,NOT%20in%20an%20urban%20area>
456. United States Census Bureau. (2020). *American Community Survey – ACS Demographic and Housing Estimates, Table DP05*. <https://data.census.gov/cedsci/table?q=ACSDP1Y2019.DP05%20United%20States&g=0100000US&tid=ACSDP1Y2019.DP05&hidePreview=true>
457. United States Census Bureau. (2021). *Race and Ethnicity in the United States: 2010 Census and 2020 Census*. <https://www.census.gov/library/visualizations/interactive/race-and-ethnicity-in-the-united-state-2010-and-2020-census.html>
458. U.S. Food and Drug Administration. (2021). *Mifeprex (mifepristone) Information*. <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/mifeprex-mifepristone-information>
459. US Citizenship and Immigration Services. (2021). *Temporary Protected Status*. <https://www.uscis.gov/humanitarian/temporary-protected-status>
460. Vaiou, D. (2018). « Intersectionality: old and new endeavours ». *Gender, Place & Culture*, 25(4) : 578-584.
461. Valentine, G. (2007). « Theorizing and Researching Intersectionality: A Challenge for Feminist Geography ». *The Professional Geographer* 59(1) : 10-21.
462. Van Houtven, C. H., C. I. Voils, E. Z. Oddone, K. P. Weinfurt, J. Y. Friedman, K. A. Schulman et H. B. Bosworth. (2005). « Perceived discrimination and reported delay of pharmacy prescriptions and medical tests ». *Journal of General Internal Medicine*, 20(7) : 578-583.

463. Vang, Z. M., J. Sigouin, A. Flenon et A. Gagnon. (2017). « Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada ». *Ethnicity & Health*, 22(3) : 209-241.
464. Vargas, E. (2015). « Immigration Enforcement and Mixed-status Families : The Effects of Risk of Deportation on Medical Use ». *Children and Youth Services Review*, 57 : 83-89.
465. Vargas, E. D. et M. A. Pirog. (2015). « Mixed Status Families and WIC Uptake : The Effect of Risk of Deportation on Program Use ». *Social Science Quarterly*, 97(3): 555-572.
466. Vargas, E., Mé Juárez, G. R. Sanchez et M. Livaudais. (2019). « Latinos' connections to immigrants : How knowing a deportee impacts Latino health ». *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45(15) : 2971-2988.
467. Velasco-Mondragon, E., A. Jimenez, A. G. Palladino-Davis, D. Davis et J. A. Escamilla-Cejudo. (2016). « Hispanic health in the USA: a scoping review of the literature ». *Public Health Reviews*, 37:31, DOI 10.1186/s40985-016-0043-2
468. Victor, D. (2016, 16 février). « Want Viagra? Proposed Kentucky Law Would Require Note From Spouse ». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2016/02/17/us/viagra-proposed-kentucky-law-wifes-consent.html>
469. Vindrola-Padros, C. (2021) *Care Work and Medical Travel: Exploring the Emotional Dimensions of Caring on the Move*, Lexington Books.
470. Vine, N. et J. Cupples. (2016). « Intersectional Geopolitics, Transgender Advocacy and the New Media Environment ». In G. Brown et K. Browne (dir.) *The Routledge Research Companion to Geographies of Sex and Sexualities*, 118-127. London: Routledge.
471. Vogels, E. A. (2021). « Some digital divides persist between rural, urban and suburban America ». *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2021/08/19/some-digital-divides-persist-between-rural-urban-and-suburban-america/>
472. Vu, M., V. N. Huynh, R. A. Bednarczyk, C. Escoffery, D. Ta, T. T. Nguyen et C. J. Berg. (2021) « Experience and lessons learned from multi-modal internet-based recruitment of U.S. Vietnamese into research ». *PLoS ONE*. 16(8) : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256074>
473. Wagner, J. et G. Abbott. (2007). « Depression and depression care in diabetes: Relationship to perceived discrimination in African Americans ». *Diabetes Care*, 30(2) : 364-366.
474. Wagster-Pettus, E. et L. Willingham. (2022, 1<sup>er</sup> février). « Minority women most affected if abortion is banned, limited ». *ABC News*. <https://abcnews.go.com/US/wireStory/minority-women-affected-abortion-banned-limited-82599673>
475. Wallace, S. P., J. Torres, T. Sadegh-Nobari, N. Pourat et E. R. Brown. (2012) « Undocumented Immigrants and Health Care Reform », *UCLA Center for Health Policy Research*. <http://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/undocumentedreport-aug2013.pdf>
476. Wan, W. et L. Bever. (2019, 19 juillet). « Trump's presidency may be making Latinos sick ». *The Washington Post*. [https://www.washingtonpost.com/health/trumps-presidency-may-be-making-latinos-sick/2019/07/19/4e89b9f0-a97f-11e9-9214-246e594de5d5\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/health/trumps-presidency-may-be-making-latinos-sick/2019/07/19/4e89b9f0-a97f-11e9-9214-246e594de5d5_story.html)

477. Wastl-Walter, D. et L. A. Staeheli. (2004). « Territory, Territoriality, and Boundaries ». Dans L. Staeheli, E. Kofman and L. Peake (dir.), *Mapping Women, Making Politics: Feminist Perspectives on Political Geography*, 141-151. London: Routledge.
478. Watts Smith, C. (2013). « Ethnicity and the role of group consciousness: a comparison between African Americans and Black immigrants ». *Politics, Groups, and Identities*, 1(2) : 199-220.
479. Wax-Thibodeaux, E. (2021, 1<sup>er</sup> décembre). « This doctor commutes 800 miles to provide abortion services in underserved communities », *The Washington Post*, [https://www.washingtonpost.com/national/this-doctor-commutes-800-miles-to-provide-abortion-services-in-underserved-communities/2021/12/01/0671316e-417d-11ec-a3aa-0255edc02eb7\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/national/this-doctor-commutes-800-miles-to-provide-abortion-services-in-underserved-communities/2021/12/01/0671316e-417d-11ec-a3aa-0255edc02eb7_story.html)
480. Weitz, T. A. et S. Yanow. (2008). « Implications of the Federal Abortion Ban for Women's Health in the United States ». *Reproductive Health Matters*, 16(31) : 99-107.
481. Welter, L. B. (2015). « Mexican-American Women and Abortion : Experiences and Reflections », Thèse de doctorat en psychologie et fondations quantitatives, Iowa City, University of Iowa, 252 pages.
482. White House, Ronald Reagan. (1981). *Statement on the United States Immigration and Refugee Policy*. <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=44128>
483. White, K., A. Dane'el, E. Vizcarra, L. Dixon, K. Lerma, A. Beasley, J. E. Potter et T. Ogburn. (2022a) « Out-of-State Travel for Abortion Following Implementation of Texas Senate Bill 8 ». Research Brief, *Texas Policy Evaluation Project*, 8 pages. <http://sites.utexas.edu/txpep/files/2022/03/TxPEP-out-of-state-SB8.pdf>
484. White, K., E. Vizcarra, L. Palomares, A. Dane'el, A. Beasley, T. Ogburn, J. E. Potter et S. L. Dickman. (2022b). « Initial Impacts of Texas' Senate Bill 8 on Abortions in Texas and at Out-of-State Facilities ». Research Brief, *Texas Policy Evaluation Project*, 6 pages. <http://sites.utexas.edu/txpep/files/2021/11/TxPEP-brief-SB8-inital-impact.pdf>
485. Whole Woman's Health. (2022). *We're Moving to New Mexico & We Need Your Help!* <https://www.wholewomanshealth.com/uncategorized/were-moving-to-new-mexico-we-need-your-help/>
486. Williams, D. R. et S. A. Mohammed. (2009). « Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research ». *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1): 20-58.
487. Winfield Cunningham, P. (2018) « Reversing Roe wouldn't criminalize abortion everywhere », *Washington Post – The Health 202*.
488. Woliver, L. R. (2002). *The Political Geographies of Pregnancy*. Champaign, IL : University of Illinois Press.
489. Women's Health Matters. (S.D.) *Dilation and Evacuation..* <https://www.womenshealthmatters.ca/health-centres/sexual-health/abortion/dilation-and-evacuation/>

490. Woodruff, K. et S. C. M. Roberts. (2020). « “My good friends on the other side of the aisle aren’t bothered by those facts”: U.S. state legislators’ use of evidence in making policy on abortion ». *Contraception*, 101(4): 249-255.
491. Woods, R. R., E. V. Kliewer, K. M. McGrail et J. J. Spinelli. (2022). « Stage-Specific Risk of Breast Cancer among Canadian Immigrant and Non-Immigrant Women ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01378-w>
492. World Health Organization. (2020). *Reproductive Health*. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>
493. Wright, M. W. (2010). « Gender and geography II: bridging the gap – feminist, queer and the geographical imaginary ». *Progress in Human Geography*, 34(1): 56-66.
494. Yang, Y. T. et K. B. Kozhimannil. (2017). « Whole Woman’s Health v. Hellerstedt and the Current Implications for Abortion Access ». *Birth*, 44(1) : 3-6.
495. Yellow Horse, A. J. et E. D. Vargas. (2022). « Legal Status, Worries About Deportation, and Depression Among Asian Immigrants ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24: 827-833.
496. Young, L. (2014). « Falling into the TRAP : The ineffectiveness of ‘undue burden’ analysis in protecting women’s right to choose ». *Pace Law Review*, 34(2) : 947-981.
497. Yuval-Davis, N. (1997). *Gender & Nation*, New York: Sage Publications.
498. Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women’s Studies* 13(3): 193-209.
499. Zambrana, R. E. (1972). « The underrepresentation of Hispanic women in the health professions ». *Journal of the American Medical Women’s Association*, 51(4): 147-52.
500. Zernike, K. (2022, 6 avril). « Abortion Pills, Once a Workaround, Are Now a Target ». *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2022/04/06/us/abortion-pills.html>
501. Ziegler, M. (2020). *Abortion and the Law in America: Roe v. Wade to the Present*, Cambridge University Press.