

PARCOURS CROISÉS

**Portrait qualitatif des expériences vécues
par les personnes des communautés
caribéennes et 2SLGBTQIA+ à Montréal
dans l'accès aux soins de santé sexuelle
et aux moyens de protection**

RECOMMANDATIONS POUR AMOINDRIR LES BARRIÈRES RENCONTRÉES

ANALYSE MENÉE PAR

L'ANONYME

CRÉDITS

Direction de l'organisme : Julien Montreuil

Direction, programme Éducation à la sexualité : Shanda Jolette, M.A. sexologue

Coordination du projet : Léna Gauthier-Paquette, M.A. sexologue

Analyse : Catherine St-Gelais, sexologue, Léna Gauthier-Paquette, M.A. sexologue

Rédaction : Catherine St-Gelais, sexologue, Léna Gauthier-Paquette, M.A. sexologue, Ambre Agesilas, Diana Saint-Louis, Fre Lépine

Mise en page et design graphique : Passerelle Bleue

REMERCIEMENTS

Merci à Maxime Boucher, Ph. D. - sociologue pour son soutien à la révision de ce rapport. Son travail minutieux et la complémentarité de son expertise ont contribué à peaufiner ce rapport d'analyse et à le rendre juste et accessible à toutes.

Merci aux 14 personnes qui ont participé aux entrevues dans le cadre du projet *Mouve*. Le temps investi et la transparence dont elles, ils et iels ont fait preuve dans leurs réponses ont aidé à mettre en lumière des barrières d'accès aux soins de santé sexuelle ainsi que des angles d'action pour que les professionnel·les qui œuvrent dans le système puissent adapter leurs pratiques aux réalités de leurs communautés.

Merci à l'Agence de la santé publique du Canada pour sa confiance envers notre organisation et pour sa reconnaissance de l'expertise du milieu communautaire.

COMMENT CITER CE DOCUMENT

St-Gelais, C., Gauthier-Paquette, L., Agesilas, A., Saint-Louis, D., Lépine, F. et Jolette, S. (2025). *Parcours croisés - Portrait qualitatif des expériences vécues par les personnes des communautés caribéennes et 2SLGBTQIA+ à Montréal dans l'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection : recommandations pour amoindrir les barrières rencontrées*. [Rapport]. L'Anonyme.

AVERTISSEMENT

Ce rapport se veut une réflexion quant aux adaptations possibles des pratiques en lien avec les soins de santé sexuelle adressée aux professionnel·les œuvrant dans le système de santé québécois. Il offre un regard nouveau sur une problématique actuelle et persistante en qualifiant de manière approfondie les barrières d'accès à ces soins spécifiques. Il expose le point de vue des personnes concernées, en relation avec les données disponibles dans la littérature. Il ne démontre donc pas de relations de cause à effet. Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

COORDONNÉES

5600 Hochelaga, bureau 160
Montréal (Québec)
H1N 3L7

RÉSEAUX SOCIAUX

Site web : www.anonyme.ca

Facebook : <https://www.facebook.com/lanonymemobile>

Instagram : <https://www.instagram.com/organismelanonyme/?hl=fr>

LinkedIn : <https://www.linkedin.com/company/l-anonyme/>

DIFFUSION DE CONTENU EN LIGNE

Twitch : www.twitch.tv/organismelanonyme

YouTube : <http://www.youtube.com/@lanonyme6449>

PERSONNE-RESSOURCE

Shanda Jolette

Directrice – Programme Éducation à la sexualité

L'Agence de la santé publique du Canada a contribué financièrement à la production de ce portrait qualitatif.

Mouve est une initiative de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes. Elle vise à promouvoir les comportements sexuels sécuritaires et à réduire les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle pour les personnes afrodescendantes en tenant compte des réalités spécifiques aux communautés de la diversité sexuelle et de genre. Comptant parmi les différentes activités prévues par le projet, le présent portrait a pour objectif de décrire les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle pour les personnes âgées de 14 à 35 ans issues des communautés caribéennes, subsahariennes et 2SLGBTQIA+ de Montréal; il servira ultimement à sensibiliser les professionnel·les de la santé à adopter des pratiques plus sensibles et inclusives à ces individus. Pour ce faire, L'Anonyme a mené 14 entretiens semi-dirigés auprès de personnes appartenant aux communautés ciblées par le projet. L'analyse qualitative thématique a été structurée selon le cadre conceptuel d'accès aux soins de santé de Levesque et al. (2013) et menée selon la méthodologie proposée par Braun et Clarke (2006). Le processus d'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection pour les communautés caribéennes et 2SLGBTQIA+ est parsemé d'embûches, particulièrement en ce qui a trait à la perception de leurs besoins et de l'adéquation des soins reçus pour y répondre. Les personnes interrogées mentionnent tout de même plusieurs pistes d'amélioration possibles; ces dernières ont guidé les recommandations présentées ci-après.

Le croisement entre les résultats issus du présent portrait et les données disponibles dans la littérature a permis de mettre en lumière les sept recommandations suivantes, adressées aux professionnel·les de la santé et – plus largement – aux instances gouvernementales responsables du système de santé québécois :

1	Renforcer l'alliance entre les actions communautaires et sanitaires en matière d'éducation et de santé sexuelle.
2	Rendre les soins de santé sexuelle visibles et adapter les messages véhiculés aux différentes communautés à rejoindre.
3	Former le personnel médical de façon plus large, afin que les soins et les moyens de protection soient accessibles, acceptables et adaptés de façon universelle.
4	Développer les qualités interpersonnelles du personnel médical afin de renforcer des attitudes inclusives, sensibles et respectueuses et de développer des pratiques informées sur les réalités propres aux communautés pour s'assurer de répondre aux besoins des individus en matière de soins de santé sexuelle.
5	Déployer une offre de services variée, adaptée à des réalités plurielles et changeantes .
6	Offrir des soins de santé sexuelle et des moyens de protection gratuits .
7	Créer des espaces pour assurer du soutien à moyen/long terme aux personnes qui ont un diagnostic positif.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	6
DÉFINITIONS	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	7
L'ANONYME - À PROPOS DE L'ORGANISME	8
MOUVE - À PROPOS DU PROJET	9
CONTEXTE	10
Portrait de la santé sexuelle des personnes caribéennes, subsahariennes et/ou 2SLGBTQIA+	10
Les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle pour ces communautés	10
Pour les communautés caribéennes et subsahariennes	10
Pour la communauté 2SLGBTQIA+	12
Pour les personnes à l'intersection de ces communautés	13
Les facilitateurs existants et stratégies d'adaptation pour accéder aux soins de santé sexuelle pour ces communautés	14
Pour les communautés caribéennes et subsahariennes	14
Pour la communauté 2SLGBTQIA+	15
Pour les personnes à l'intersection de ces communautés	15
Les besoins exprimés par ces populations en matière d'amélioration de l'accès aux soins de santé sexuelle au Québec	16
OBJECTIFS DE RECHERCHE	18
MÉTHODOLOGIE	19
Groupe à l'étude	19
Stratégies de recrutement et de collecte des données	19
Profils des participant·es	19
Méthode d'analyse des données	20
Cadre théorique	20
Analyses	23
Considérations éthiques	23

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	24
Le tabou entourant la sexualité : une trame de fond bien présente pour les communautés caribéennes	24
Manifestation d'un besoin lié à la santé sexuelle	25
Juger de l'accessibilité des services en fonction des méthodes de communication reçues dans sa communauté	25
Percevoir le risque encouru et les besoins inhérents en fonction de la conception des ITSS partagée dans sa communauté et de sa littératie en matière de santé sexuelle	27
Percevoir son besoin et désirer obtenir des soins de santé sexuelle ou des moyens de protection pour le combler	34
Déterminer l'acceptabilité des soins de santé sexuelle et des moyens de protection en fonction de leur représentation, de leur perception dans la communauté et du degré d'hostilité anticipé	34
Naviguer une offre de service diffuse et variable en fonction de ses connaissances et de sa motivation à chercher les informations nécessaires	36
Rechercher des soins en santé sexuelle ou des moyens de protection adaptés à ses besoins	39
Constater que la disponibilité des soins de santé sexuelle et des moyens de protection n'est assurée que dans certains contextes	39
Devoir s'organiser et investir temps et énergie pour accéder aux soins de santé et aux moyens de protection	41
Accéder aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection	42
Ne pas considérer les soins et les moyens de protection comme abordables pour tout le monde	42
Avoir de la difficulté à payer les frais liés aux moyens de protection et aux soins de santé sexuelle à cause d'une situation financière précaire et/ou de l'inaccessibilité à la RAMQ	43
Utiliser les soins de santé sexuelle et les moyens de protection pour répondre à ses besoins	44
Mesurer l'adéquation des services reçus en lien avec le besoin perçu	44
Voir son engagement dans les traitements des ITSS modulé par les rapports de pouvoir présents, le soutien des proches et les conséquences encourues lors d'un diagnostic positif	54
DISCUSSION	56
La personne et son bagage : l'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection comme un acte de vulnérabilité et de détermination	56
Se reconnaître à travers les options disponibles et s'y sentir considéré-e : des éléments clés à la prise en charge de sa santé sexuelle	57
Recommandations pour amoindrir les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection pour les personnes des communautés caribéennes, subsahariennes et 2SLGBTQIA+	61

TABLE DES MATIÈRES

CONCLUSION	64
LIMITES DE L'ÉTUDE	65
RÉFÉRENCES	66
ANNEXE 1 - FICHE RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX CONSTATS ET DES RECOMMANDATIONS	70
ANNEXE 2 - LISTE DES PAYS INCLUS DANS LA RÉGION DES CARAÏBES	82
ANNEXE 3 - LISTE DES PAYS INCLUS DANS LA RÉGION DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE	83
ANNEXE 4 - DÉFINITION DE L'ACRONYME 2SLGBTQIA+	84
ANNEXE 5 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	85
ANNEXE 6 - CANEVAS D'ENTREVUE	91

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Données sociodémographiques (n= 14)	20
---	-----------

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel du processus d'accès aux soins de santé de Levesque et al. (2013)	22
---	-----------

DÉFINITIONS

Communautés caribéennes : Dans le cadre de cette étude, toutes personnes ayant des origines provenant de la région des Caraïbes sont incluses, qu'elles soient de première génération d'immigration ou de leur descendance. Les Caraïbes comprennent la région insulaire des Antilles ainsi que les régions côtières des pays en bordure de la mer des Caraïbes. Les Bahamas et les îles Turks et Caïques sont souvent comprises dans cette définition, même si elles se retrouvent à l'extérieur du bassin de la mer des Caraïbes, tout comme les Guyanes (Guyana, Suriname, Guyane française, région de Guyana au Venezuela et Amapá au Brésil). Pour une liste complète des pays et des régions des Caraïbes, voir l'annexe 2.

Communautés subsahariennes : Dans le cadre de cette étude, toutes personnes ayant des origines de l'Afrique subsaharienne sont incluses, qu'elles soient de première génération d'immigration ou de leur descendance. La région de l'Afrique subsaharienne comprend les pays se retrouvant au sud de la barrière naturelle créée par le désert du Sahara. Elle exclut donc les pays compris dans l'Afrique du Nord, soit l'Égypte, la Libye, la Tunisie, l'Algérie, le Maroc et le Sahara occidental. Pour une liste des pays inclus dans l'Afrique subsaharienne, voir l'annexe 3.

Communauté 2SLGBTQIA+ : Cette communauté désigne toutes personnes ne s'identifiant pas comme cisgenres et/ou hétérosexuelles. Le terme **queer** est également utilisé à travers le texte pour désigner ces personnes. Pour une définition plus exhaustive du sigle, voir l'annexe 4.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

2SLGBTQIA+, LGBT : personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, *queer* ou en questionnement, intersexes, asexuelles et autres identités de la diversité sexuelle et de genre.

AFAB : *Assigned female at birth* (Assigné·e femme à la naissance).

FARSAF : femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes.

FIC : Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C de l'Agence de la santé publique du Canada.

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

ITSS : infections transmises sexuellement et par le sang.

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec. Elle administre le régime d'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments et rémunère les professionnel·les de la santé du Québec.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

VHC : virus de l'hépatite C.

L'ANONYME – À PROPOS DE L'ORGANISME

L'Anonyme est un organisme communautaire autonome établi sur l'île de Montréal depuis plus de trente ans. D'abord né d'un projet d'intervention de proximité mobile, L'Anonyme a élargi son champ d'action et développé des programmes issus de son expertise, qui s'est aussi diversifiée au fil du temps. Sa mission actuelle consiste à promouvoir des comportements sécuritaires et des relations égalitaires, de même que prévenir la transmission des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), à travers une approche humaniste de proximité et une philosophie de réduction des risques. Pour rencontrer sa mission, l'organisme compte maintenant quatre programmes distincts.

Le programme Intervention de proximité

Grâce à ses trois unités mobiles, L'Anonyme va directement sur le terrain, avec une approche de réduction des risques, afin d'offrir un soutien psychosocial, du matériel de protection et accès à des espaces sécuritaires de consommation.

Le programme Sécurité urbaine

L'équipe travaille à sensibiliser, outiller et mobiliser les citoyen·nes de tous âges afin qu'elles, ils et iels se sentent en sécurité dans leur environnement et leur collectivité.

Le programme Logements

L'Anonyme vise à offrir des chambres convenables, sécuritaires et à haut seuil d'acceptabilité aux personnes en situation de désaffiliation sociale. Avec l'appui de ses partenaires, l'organisme offre aux résident·es qui le désirent la possibilité d'améliorer leurs conditions de vie.

Le programme Éducation à la sexualité

Une équipe de professionnel·les en sexologie offre des activités de prévention et d'éducation afin de promouvoir la santé sexuelle, l'adoption de comportements sécuritaires et le développement d'un esprit critique qui favorise des relations égalitaires et consensuelles. Chaque année, l'équipe se déploie à travers les milieux scolaires, communautaires et institutionnels de l'île de Montréal afin d'offrir des ateliers issus d'une dizaine de projets sexologiques originaux ainsi que des interventions individualisées qui visent le renforcement de facteurs de protection face aux violences et à l'exploitation sexuelle. Les populations rejointes par l'équipe sont multiples, allant de la petite enfance jusqu'à l'âge avancé, en passant par les personnes présentant une déficience intellectuelle ou celles issues de l'immigration.

MOUVE – À PROPOS DU PROJET

Le projet Mouve est financé par le *Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C* (FIC) de l'Agence de la santé publique du Canada. Porté depuis 2017 par L'Anonyme, Mouve contribue à prévenir la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C (VHC) et des autres ITSS ainsi qu'à contrer la stigmatisation et la discrimination des personnes porteuses en offrant des activités de sensibilisation et d'éducation aux jeunes âgé·es de 14 à 35 ans et issu·es des communautés caribéennes, subsahariennes et/ou 2SLGBTQIA+ de la région montréalaise. En cohérence avec le cadre pancanadien sur les ITSS et les objectifs du FIC, le projet vise globalement l'adoption accrue de mesures efficaces de prévention des ITSS chez les personnes rencontrées et l'amélioration de l'accès au dépistage des ITSS, à leur prévention, leur traitement, aux soins continus et au soutien pour les populations clés. De façon concrète, le projet a pour objectifs (1) d'augmenter les connaissances des jeunes quant aux facteurs de risque pour la transmission des ITSS en tenant compte de leurs besoins spécifiques et intersectionnels; (2) d'accroître l'adoption de comportements préventifs chez les jeunes; (3) de renforcer les capacités des jeunes à accéder aux soins de santé sexuelle; et (4) de faciliter l'accès aux services de dépistage des ITSS pour les jeunes.

Le projet se décline en plusieurs activités :

- **Série d'ateliers d'éducation à la sexualité** animés par une équipe de professionnel·les en sexologie et de pair·es issu·es des communautés ciblées : les sujets abordés touchent les croyances en lien avec la sexualité et les ITSS et les comportements sécuritaires et à risque en lien avec la transmission des ITSS. Ces activités permettent également de créer un corridor de services de santé en matière de dépistage des ITSS puisque les jeunes peuvent accéder à un test sur place, grâce à des partenariats avec les services de santé de différents Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sur le territoire montréalais.
- **Portrait qualitatif des expériences vécues par les jeunes** dans l'accès aux soins de santé sexuelle : il s'agit de la démarche présentée dans ce rapport. La visée est de comprendre quelles sont les barrières d'accès au dépistage et aux moyens de protection rencontrées par les personnes ciblées, afin d'amorcer une réflexion

et un changement entourant les obstacles systémiques et les pratiques du personnel médical à leur endroit.

- **Kiosques éducatifs ambulants** : l'équipe se déplace également dans divers événements festifs pour tenir un kiosque visant à approfondir les connaissances des participant·es au sujet du VIH, de ses modes de transmission et de la stigmatisation qui touche les personnes qui vivent avec ce virus. Plus largement, le kiosque aborde aussi les façons d'adopter des comportements plus sécuritaires sur le plan de la santé sexuelle.
- **Comité consultatif** : dès le démarrage du projet, L'Anonyme a rassemblé un groupe constitué d'intervenant·es œuvrant auprès des populations ciblées ou dans le domaine de la prévention, le traitement ou la prise en charge des personnes vivant avec une ou plusieurs ITSS. L'Anonyme s'est associé à des chercheur·es, des professionnel·les de la santé et des jeunes des populations ciblées. Ce groupe d'acteurs a pour mandat de guider l'équipe dans l'adoption de meilleures pratiques dans la conception et la mise en œuvre des activités. Les membres ont également été consultés dans l'analyse des résultats obtenus dans le cadre du présent rapport et seront mis à contribution pour le transfert des connaissances qui ont été générées auprès des professionnel·les du milieu de la santé.
- Création de **produits de mobilisation de connaissances** : afin de sensibiliser les professionnel·les qui fournissent des soins en matière de santé sexuelle, l'équipe et le comité consultatif créeront des produits originaux qui viseront à partager les constats du portrait qualitatif. Ces outils proposeront des pistes de réflexion pour pallier les obstacles systémiques et individuels qui freinent le recours au dépistage, au traitement et aux soins en matière d'ITSS.
- Participation à des **événements de transfert de connaissances** : l'équipe fera rayonner le projet, ses impacts et les connaissances acquises au fil de sa mise en œuvre dans divers espaces de mobilisation de connaissances.

Les activités sont menées en français et en anglais, directement dans les milieux fréquentés par les personnes ciblées, notamment les organismes communautaires, les centres éducatifs et les maisons de jeunes.

PORTRAIT DE LA SANTÉ SEXUELLE DES PERSONNES CARIBÉENNES, SUBSAHARIENNES ET/OU 2SLGBTQIA+

Les ITSS constituent un enjeu de santé mondiale. Plus d'un million de personnes âgées entre 15 et 49 ans contractent chaque jour une ITSS (WHO, 2024). Ces infections sexuellement transmises (IST) peuvent entraîner des impacts directs sur la santé sexuelle et reproductive : stigmatisation, infertilité, cancers, complications durant la grossesse, etc. (Ibid.). Certaines infections peuvent également accroître le risque de transmission du VIH (Ibid.). Uniquement au Québec, plus de 40 000 personnes reçoivent chaque année un diagnostic d'ITSS pour la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne, le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C (MSSS, 2020).

Certaines populations sont plus touchées par les ITSS que d'autres; c'est entre autres le cas pour les jeunes de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté, les HARSAH¹, les personnes originaires des Caraïbes, de l'Afrique subsaharienne ou d'autres régions où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI), les personnes incarcérées, les personnes autochtones, les personnes trans ainsi que les travailleur·euses du sexe (Erickson et al., 2019; INSPQ, 2024; Laprise & Bolster-Foucault, 2021).

Les personnes qui appartiennent aux communautés caribéennes, subsahariennes et 2SLGBTQIA+ sont particulièrement vulnérables aux ITSS en raison de plusieurs facteurs concomitants. D'abord, ces individus peuvent faire face à des comportements de stigmatisation liée au VIH, à l'appartenance à la communauté 2SLGBTQIA+ et/ou au fait d'être racisé·e de la part des professionnel·les de la santé. Cette stigmatisation crée un climat de peur et de honte, empêchant ces personnes d'aller chercher les soins de santé qui leur sont nécessaires (Agence de la santé publique du Canada, 2018; CIUSSSCN, 2025; Etowa et al., 2022; ONU SIDA, 2021). De plus, l'accès inégal aux services de santé, le manque de prévention (comme la distribution de condoms et la PrEP) et la méfiance généralisée envers les institutions sanitaires exacerbent cette vulnérabilité (Etowa et al., 2022; WHO, 2024). Les conditions socio-économiques difficiles, telles que la pauvreté, l'insécurité alimentaire et l'absence d'éducation à la sexualité formelle, augmentent aussi les risques de transmission des infections (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Enfin, le manque de connaissances en lien avec les pratiques sexuelles plus sécuritaires, exacerbé par les tabous culturels, limite la prévention des ITSS, en particulier dans les communautés marginalisées (Etowa et al., 2022; WHO, 2024).

LES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE POUR CES COMMUNAUTÉS

Pour les communautés caribéennes et subsahariennes

L'accès aux soins de santé, en particulier le dépistage, est entravé par une série de barrières complexes et multifactorielles pour les personnes issues des communautés subsahariennes et caribéennes. Un des principaux obstacles est le manque d'informations, notamment sur le VIH, les méthodes

¹ À noter que les données de l'INSPQ incluent les hommes trans dans le groupe des HARSAH, alors que l'étude de Laprise et Bolster-Foucault les place dans une catégorie à part (c.-à-d. les personnes trans).

de prévention et les services de dépistage disponibles (Etowa et al., 2022; Ngobi et al., 2020). Cette méconnaissance est souvent aggravée par des croyances erronées ou une faible perception du risque, par exemple l'idée que « ça n'arrive qu'aux autres » (Laprise & Bolster-Foucault, 2021; Ngobi et al., 2020). En prenant l'exemple du VIH, l'appréhension d'avoir un résultat positif peut décourager une personne à aller se faire tester (Laprise & Bolster-Foucault, 2021; Ngobi et al., 2020). Cette anxiété est renforcée par la crainte de devoir affronter la stigmatisation sociale et personnelle qui découlerait d'un diagnostic positif (Laprise & Bolster-Foucault, 2021; Logie et al., 2016; Morris et al., 2014; Odhiambo et al., 2022), alimentée par l'idée que le VIH est synonyme de mort (Etowa et al., 2022; Ngobi et al., 2020). Plus particulièrement, pour les personnes issues de l'immigration telles que les résident·es temporaires, la peur d'une déportation en cas de test VIH positif est un frein supplémentaire à la recherche de soins (Pilabré, 2018; Etowa et al., 2022). Le VIH reste fortement stigmatisé dans de nombreuses communautés, entre autres en raison de la perception du VIH comme étant une maladie liée à un comportement « immoral », « irresponsable » (Hood et Friedman, 2011 cité dans Morris et al., 2014) ou issu de « déviance sexuelle » (Morris et al., 2014; Etowa et al., 2022; Ngobi et al., 2020). Cette stigmatisation est exacerbée par la criminalisation du VIH (Ngobi et al., 2020), particulièrement dans certains contextes où une personne diagnostiquée positive peut craindre des représailles sociales ou juridiques (Etowa et al., 2022). De plus, le VIH est souvent perçu comme une maladie « haïtienne » ou « africaine », alimentant ainsi des stéréotypes raciaux (Herek, 2002 et Farmer, 1990 cités dans Logie et al., 2016).

Les obstacles à l'accès aux soins pour les personnes racisées, notamment les immigrant·es noir·es, incluent des facteurs institutionnels et structurels; à ce propos, la discrimination et le racisme de la part des professionnels de santé peut mener à des traitements inégaux et des moins bons services, entraînant ainsi une peur d'aller consulter (Laprise & Bolster-Foucault 2021; Pilabré, 2018; Etowa et al., 2022). Le manque de confidentialité (Odhiambo et al., 2022) et la crainte que le statut VIH soit divulgué accentuent également cette barrière (Laprise & Bolster-Foucault, 2021; Etowa et al., 2022; Ngobi et al., 2020). De plus, la perception du dépistage du VIH comme un outil disciplinaire, visant à juger les comportements sexuels déviants (Ngobi et al., 2020), renforce la stigmatisation et la honte, dissuadant de nombreuses personnes de se faire tester, en particulier celles perçues comme ayant des comportements à risque comme la consommation de substances psychoactives ou le travail du sexe (Laprise & Bolster-Foucault, 2021). De surcroît, le système de santé canadien présente certains défis pour les communautés racisées, et plus particulièrement pour les immigrant·es (Logie et al., 2016; Pilabré, 2018; Odhiambo et al., 2022). Ces défis se traduisent notamment par l'absence de couverture médicale (RAMQ) (Pilabré, 2018), le manque de connaissances sur le système de santé (Odhiambo et al., 2022), les barrières linguistiques (Djiadeu et al., 2020; Suphanchaimat et al., 2015; Pilabré, 2018) et le manque de services adaptés aux spécificités culturelles qui compliquent l'accès aux soins (Pilabré, 2018).

Au niveau individuel, le manque de soutien social, que ce soit de la part de la famille, des ami·es ou de la communauté, rend le recours au dépistage encore plus difficile (Ngobi et al., 2020; Pilabré, 2018). Le réseau social limité, notamment pour les migrant·es, peut isoler les individus et les empêcher de demander de l'aide ou de se rendre à un rendez-vous médical (Pilabré, 2018). Enfin, l'isolement géographique, en particulier pour les personnes vivant hors des centres urbains, rend également l'accès aux services de santé plus difficile (Shimeles, 2010 cité dans Dattadeen, 2016; Pilabré, 2018; Laprise & Bolster-Foucault, 2021).

Pour la communauté 2SLGBTQIA+

L'hétéronormativité et la cisnormativité² dans le système de santé représentent des barrières d'accès importantes pour les personnes des communautés 2SLGBTQIA+, imposant des soins non adaptés aux personnes concernées. La théorie du stress minoritaire peut expliquer ce constat : les expériences de stigmatisation et de discrimination pouvant être vécues dans un système de santé non inclusif engendrent du stress que les personnes cherchent à limiter en évitant d'aller consulter, pour ne pas s'exposer à davantage de stigmatisation (Rosenberg et al., 2021). Cette hétérocisnormativité transparaît par le fait que professionnel·les n'ont généralement pas l'habitude de demander à leurs patient·es si elles, ils et iels ont des comportements sexuels avec des personnes du même genre (Qiao et al., 2018) ou vont croire que les FARSAS ont peu de risques de contracter des ITSS, ce qui implique que les tests appropriés ne leur seront pas administrés (Casey, 2019; Scheim & Travers, 2017). D'autres barrières plus personnelles peuvent entraver l'accès à des soins adaptés aux besoins des personnes 2SLGBTQIA+, telles que l'homophobie intériorisée, qui peut faire en sorte que des personnes ne dévoileront pas leur orientation sexuelle aux professionnel·les rencontrés (Qiao et al., 2018). Cette non-divulgaration peut entraîner des plans d'intervention inadéquats et un manque de prévention de la part des professionnel·les (Qiao et al., 2018). Le fait de vivre différentes formes de stigmatisation au niveau interpersonnel ou institutionnel amène également davantage de défis (Lacombe-Duncan et al., 2021; Qiao et al., 2018). Par exemple, la méfiance envers le système de la santé peut freiner une personne à aller consulter ou à divulguer ses comportements sexuels non hétérosexuels (Edmiston et al., 2016; Qiao et al., 2018). Cette méfiance est plus importante lorsque située à l'intersection³ de plusieurs oppressions, comme c'est le cas pour les travailleurs du sexe ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Underhill et al., 2015) ou – comme c'est le cas dans ce rapport – pour les personnes racisées et appartenant aux communautés 2SLGBTQIA+.

Des barrières plus spécifiques aux personnes trans existent et se traduisent notamment par la non-inclusivité des questionnaires et le langage genré et/ou binaire utilisé (Eiduson et al., 2022; Scheim & Travers, 2017). De plus, la transphobie et le cissexisme ressenti (Rosenberg et al., 2021) peuvent entraîner des expériences pénibles à vivre et mener à un évitement des services de santé (Eiduson et al., 2022; Scheim & Travers, 2017). Ainsi, bien souvent, les personnes trans et non binaires ne se sentent pas à l'aise de partager leur vécu (Eiduson et al., 2022; Scheim et Travers, 2017; Seelman & Poteat, 2020), mais ressentent parfois le besoin de le faire afin de recevoir des services adaptés, ce qui entraîne une fatigue et les expose à des violences (Seelman & Poteat, 2020), particulièrement lorsque la transition légale⁴ n'est pas complétée (Lacombe-Duncan et al., 2021; Seelman & Poteat, 2020). Les initiatives de recherche auprès de cette population ne sont pas nombreuses (Edmiston

2 Il est question d'hétéronormativité, de cisnormativité ou d'hétérocisnormativité dans un système partagé par une société où les personnes hétérosexuelles et cisgenres (c'est-à-dire des personnes pour qui le sexe assigné à la naissance correspond à l'identité de genre) sont perçues comme représentant la norme (Blais & Séguin, 2019). Ce faisant, l'hétérosexualité et l'identité cisgenre deviennent des cadres de référence pour ce qui est normal ou non dans cette société, ce qui engendre l'invisibilisation des différences et crée un raccourci selon lequel tout le monde fait partie de cette norme.

3 Ce constat n'est pas sans rappeler le concept d'intersectionnalité : il s'agit d'une théorie d'abord issue des luttes sociales américaines, mais qui s'est depuis appliquée à de nombreux phénomènes sociaux à travers le monde. Cette théorie met en lumière le poids des catégories sociales sur l'expérience des individus; en effet, elle « reconnaît que les différentes formes d'oppression et de privilège sont intrinsèquement liées et qu'elles ne peuvent pas être comprises de manière isolée, c'est-à-dire que celles-ci s'imbriquent les unes aux autres » (Saulnier, 2024). Il est ainsi possible d'observer des « inégalités spécifiques et interconnectées qui affectent certaines populations de manière disproportionnée » (Saulnier, 2024).

4 Il est question de transition légale lorsque la personne change son prénom et/ou sa mention de sexe au Directeur de l'État civil et qu'elle modifie ses pièces d'identité. Il existe aussi d'autres types de transition (Beauchesne Lévesque et al., 2024), c'est-à-dire d'autres actions qu'une personne trans ou non binaire entreprend pour se sentir plus en cohérence avec son genre : la transition sociale, lorsqu'il est question de dévoiler le fait d'être trans ou non binaire dans son entourage en faisant son *coming out*, et la transition médicale, qui réfère au processus entrepris pour modifier ses caractéristiques physiques et psychologiques (traitements hormonaux, chirurgies, préservation des gamètes, traitements d'épilation au laser, tatouage médical, orthophonie, etc.).

et al., 2016; Lacombe-Duncan et al., 2021), ce qui implique que les connaissances en lien avec leurs réalités spécifiques demeurent peu documentées. Cela se traduit d'ailleurs par le fait que les professionnel·les manquent d'éducation sur les enjeux trans, ce qui peut donner lieu à des expériences « d'attributions médicales erronées basées sur le genre », desquelles découlent le phénomène du *trans broken arm* (Rosenberg et al., 2021; Wall et al., 2023).

Dans un contexte similaire à celui de cette recherche, une étude menée à Montréal sur les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle rencontrées par les HARSAH montre que les services ne sont pas toujours adaptés pour ces derniers. Ainsi, certaines ressources de prévention du VIH à Montréal manquent d'ouverture et de sensibilité aux réalités spécifiques des HARSAH, ou n'assurent pas de continuité avec des services complémentaires, tels que les services de santé sexuelle spécifiques à cette population et les services non spécifiques ayant des expertises au sujet d'autres problématiques en lien avec les HARSAH (Martel, 2018). Le référencement inadéquat est également une barrière à l'accès aux soins de santé, par exemple lorsqu'une personne est dirigée vers un service fermé depuis plusieurs années) (Martel, 2018).

Enfin, les communautés 2SLGBTQIA+ vivent d'autres barrières en lien avec le dépistage, incluant la peur d'obtenir un résultat positif ou que ce diagnostic nuise à leur transition (Scheim & Travers, 2017). Le refus d'offrir des services (Scheim & Travers, 2017) et le manque de connaissances liées aux enjeux LGBT de la part des professionnel·les (Scheim & Travers, 2017; Lacombe-Duncan et al., 2021), comme le manque d'information sur les effets de la PrEP combiné à l'hormonothérapie (Lacombe-Duncan et al., 2021), nuisent à l'accès aux soins de santé sexuelle de ces communautés. Il en va de même pour le manque de flexibilité dans les heures d'ouverture (Scheim & Travers, 2017), le manque d'accès à des assurances (Rosenberg et al., 2021; Lacombe-Duncan et al., 2021), l'instabilité au niveau du logement (Lacombe-Duncan et al., 2021) et le manque de services transinclusifs à proximité (Scheim & Travers, 2017). Pour terminer, il semble important de spécifier que la majorité des études portant sur les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle se sont concentrées sur les HARSAH et les personnes trans, laissant un manque flagrant sur les barrières plus spécifiques aux autres personnes appartenant à la communauté 2SLGBTQIA+.

Pour les personnes à l'intersection de ces communautés

Concernant les personnes à l'intersection des communautés caribéennes, subsahariennes et 2SLGBTQIA+, le manque de confiance envers le système de santé et la capacité des professionnel·les à intervenir adéquatement avec leur identité culturelle est une barrière importante à l'accès aux soins de santé sexuelle (Philbin et al., 2018; Farvid et al., 2021). Il existe à la fois un manque de discussion autour de la santé sexuelle auprès de cette population (Levy et al., 2014) et une négligence du contexte social et politique dans lequel ces communautés s'inscrivent (Heard et al., 2019). L'homophobie (Lessard et al., 2015; Levy et al., 2014), la transphobie (Farvid et al., 2021), le racisme (Arnold et al., 2014) et la centralisation des expériences des groupes dominants en oubliant les populations minoritaires (Heard et al., 2019) est également un obstacle à l'accès aux soins, en plus de l'intériorisation des oppressions liées à leur ethnicité ou à leur orientation sexuelle (Arnold et al., 2014).

De façon plus spécifique, pour les soins de santé sexuelle en lien avec le VIH, le manque de confidentialité est une peur qui limite l'accès aux soins (Lessard et al., 2015). Être testé·e à des endroits associés aux personnes vivant avec le VIH ou qui manquent d'anonymat (Frye et al., 2015), empêche les personnes d'accéder au dépistage, entre autres à cause de la stigmatisation

qui entoure cette ITSS (Farvid et al., 2021; Arnold et al., 2014). D'ailleurs, la stigmatisation provenant des ami·es, de la famille et des partenaires sexuel·les ou encore la stigmatisation intériorisée sont des barrières d'accès à la PrEP, puisqu'elles sont liées à la peur d'être associé·e au VIH (Philbin et al., 2018; Arnold et al., 2014; Levy et al., 2014). Selon plusieurs auteur·rices, l'atmosphère de potinage dans la communauté noire et gaie empêche les personnes de partager leur statut séropositif ou de demander du soutien dans leur communauté, par peur que cette information ne soit retenue contre elles et les amène à vivre du rejet ou de la violence (Arnold et al., 2014; Farvid et al., 2021). Finalement, le manque de soutien si le test est positif est aussi un frein à se faire dépister (Frye et al., 2015).

Au niveau plus individuel, le statut d'immigration, la barrière langagière et la peur de vivre des problèmes légaux limitent l'accès aux soins de santé sexuelle (Lessard et al., 2015), de même que de n'avoir que peu de services dans l'environnement direct (Levy et al., 2014). Ne pas faire partie d'une communauté ou avoir un faible réseau social, avoir un niveau d'éducation faible, pratiquer le travail du sexe, être sans emploi, être en situation d'itinérance (Farvid et al., 2021) ou vivre des difficultés financières sont toutes des situations limitant l'accès aux soins ou faisant en sorte qu'une personne doit choisir ses priorités entre dépistage, thérapie hormonale, réponse aux besoins de base, etc. (Farvid et al., 2021; Frye et al., 2015; Arnold et al., 2014).

LES FACILITATEURS EXISTANTS ET STRATÉGIES D'ADAPTATION POUR ACCÉDER AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE POUR CES COMMUNAUTÉS

Pour les communautés caribéennes et subsahariennes

Parfois, le fait d'appartenir à une des populations les plus à risque de contracter le VIH et les autres ITSS peut être un catalyseur à la prise en charge de sa santé sexuelle (Laprise & Bolster-Foucault C, 2021). En effet, certains facteurs agissent comme facilitateurs au dépistage : avoir accès à des pratiques accessibles et non stigmatisantes, telles que l'intégration du dépistage dans les soins de routine, l'accès à des tests à faible coût ou gratuits, ainsi que la possibilité de se faire tester dans des lieux non traditionnels comme les pharmacies, les unités mobiles ou les centres dentaires en sont quelques exemples (Laprise & Bolster-Foucault, 2021). Les politiques institutionnelles qui garantissent la confidentialité et la praticité des services, ainsi que l'émergence de nouvelles technologies comme les autotests de dépistage du VIH, contribuent également à faciliter l'accès (Ibid.; O'Byrne et al., 2023). Afin de surmonter les barrières liées à la stigmatisation, l'éducation et les campagnes de sensibilisation sont des éléments clés à considérer (Laprise & Bolster-Foucault, 2021). Par ailleurs, la disponibilité d'informations en ligne permet d'identifier plus facilement les ressources accessibles et aide les individus à mieux rechercher les renseignements dont elles, ils et iels ont besoin (Pilabré, 2018). Au niveau individuel, la recherche de soins peut être encouragée par le soutien des réseaux sociaux (amis, famille, communauté) (Ibid.), ainsi que par la volonté de connaître son statut afin de prendre ses responsabilités et de protéger ses partenaires (Ngobi et al., 2020). Enfin, une plus longue durée de séjour et une meilleure intégration sociale des migrant·es subsaharien·nes et caribéen·nes facilitent leur compréhension du système de santé, contribuant ainsi à améliorer l'accès aux services au fil du temps (Pilabré, 2018).

Pour la communauté 2SLGBTQIA+

Les communautés 2SLGBTQIA+ utilisent davantage les services de santé sexuelle lorsque le personnel s'adapte à leurs réalités. Être éduqué·e sur les enjeux LGBT (Eiduson et al., 2022; Edmiston et al., 2016), être sensible à leur vécu (Edmiston et al., 2016; Lacombe-Duncan et al., 2021) et avoir l'habitude de recevoir cette clientèle (Eiduson et al., 2022; Qiao et al., 2018) facilite l'accès aux soins de santé sexuelle. Vivre des expériences positives avec des professionnel·les ayant des pratiques transaffirmatives (Eiduson et al., 2022), identifier et se partager l'information par rapport aux professionnel·les ayant des pratiques ou attitudes problématiques (Seelman & Poteat, 2020) fait en sorte que les personnes des communautés 2SLGBTQIA+ savent où accéder à des soins de santé sexuelle sécuritaires.

Le fait d'être suivi·e par des professionnel·les qui vérifient que leurs patient·es soient en mesure d'accéder au dépistage du VIH et qui offrent différentes manières de se faire dépister (Lacombe-Duncan et al., 2021) permet d'assurer ce service et de l'adapter. L'accès à des professionnel·les de confiance, à des services mobiles sans rendez-vous ou à des soins transaffirmatifs qui font en sorte que les personnes ont déjà un suivi médical (Scheim & Travers, 2017) facilite également l'accès aux soins. De plus, faire un dévoilement de son orientation sexuelle ou de son identité de genre pour éviter les confusions (Seelman & Poteat, 2020) permet l'accès à des soins adaptés. Finalement, faire ses propres recherches pour connaître les services et se sensibiliser aux ITSS (Seelman & Poteat, 2020), ainsi qu'avoir des habitudes de dépistage régulières (Scheim & Travers, 2017) sont des facilitateurs à la mobilisation pour des soins de santé sexuelle.

La proximité et la gratuité des services, un horaire adapté aux populations cibles et des efforts de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation liée au statut sérologique positif au VIH facilitent l'accessibilité aux services de santé sexuelle (Martel, 2018). Afficher des signes d'inclusion des communautés 2SLGBTQIA+ (par exemple le drapeau de la fierté) et adopter un langage neutre sont des comportements perçus comme plus sécuritaires pour les personnes concernées (Qiao et al., 2018). Avoir une procédure facilitant le dévoilement de la consommation de substances et/ou du statut sérologique (Ibid.) a aussi un impact sur l'accès aux services.

Le soutien des proches réduit les conséquences liées aux discriminations vécues au sein du système de santé (Seelman & Poteat, 2020) et permet une meilleure adaptation à l'accès aux soins. Le partage d'informations sur le système de santé entre les communautés et l'identification d'allié·es dans le système (Ibid.) facilitent aussi l'accès.

Pour les personnes à l'intersection de ces communautés

Pour les personnes à l'intersection des communautés caribéennes, subsahariennes et 2SLGBTQIA+, la facilité d'accès aux soins de santé sexuelle, au dépistage et à des ressources comme les trousse d'autotests de dépistage du VIH augmente leur utilisation des services (Frye et al., 2015). Les facilitateurs sont en lien avec le sentiment de contrôle lors d'un test de dépistage (Ibid.), la confidentialité et l'anonymat (comme dans le cas de tests de dépistage et de commandes d'autotests en ligne) (Huang et al., 2016; Frye et al., 2015), la rapidité des services (Lessard et al., 2015) et la possibilité d'accéder à des soins de santé sexuelle au travers des services plus globaux associés à la santé et au bien-être (Farvid et al., 2021). Le niveau d'inclusivité perçu lors des soins de santé sexuelle, le niveau de connaissances des professionnel·les sur les enjeux propres aux communautés concernées et la possibilité de recevoir des ressources adaptées ont un lien direct

sur l'utilisation de ces services (Ibid.). Le sentiment de sécurité dans le milieu où ils sont offerts ainsi que l'absence de jugement dans les soins prodigués (Ibid; Lessard et al., 2015) facilitent l'accès aux soins, d'autant plus lorsque ceux-ci sont offerts par des professionnel·les de la santé faisant partie des communautés caribéennes, subsahariennes et/ou 2SLGBTQIA+ (Farvid et al., 2021). L'administration de questionnaires de suivi après un dépistage VIH (en clinique ou sous forme d'autotest) facilite la détection de nouveaux cas et améliore la fluidité dans la cascade de soins entre la prévention, le dépistage et le suivi médical nécessaire (Huang et al., 2016).

Au niveau individuel, avoir un bon réseau social, avoir dévoilé son statut séropositif (Farvid et al., 2021) et être âgé·e de 21 ans et plus est associé avec une plus grande fréquence de dépistage et une aisance à utiliser des soins de santé sexuelle (George et al. 2014 dans Le, 2016).

LES BESOINS EXPRIMÉS PAR CES POPULATIONS EN MATIÈRE D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE AU QUÉBEC

Les populations caribéennes, subsahariennes et 2SLGBTQIA+ émettent des recommandations à plusieurs des niveaux pour améliorer les soins de santé sexuelle : elles s'adressent aux établissements offrant des services en santé sexuelle, aux professionnel·les de la santé et à la population générale (entre autres en lien avec l'éducation qui leur est offerte sur les enjeux mentionnés), au réseau communautaire, aux instances de financement des services et aux initiatives gouvernementales.

Les centres, cliniques et établissements médicaux offrant des services de santé sexuelle auraient avantage à spécifier lequel·les de leurs professionnel·les sont familier·ères avec les communautés trans, par exemple. Un programme de monitorat pourrait être offert par ces personnes aux employé·es souhaitant développer une approche transinclusive (Lacombe-Duncan et al., 2021). Ces initiatives s'intègrent à un ensemble de démarches concrètes pour développer un environnement propice au dévoilement de soi et pour convenablement prévoir le traitement et l'accompagnement de la clientèle (Qiao et al., 2018). Les bénéficiaires des services aimeraient également que le questionnaire de pré-évaluation soit expliqué et vulgarisé, afin de comprendre l'utilité des questions intimes demandées (Lessard et al., 2015). Du côté administratif, faciliter le changement du prénom et de la mention du genre permettrait un suivi optimal pour les personnes souhaitant cette modification (Lacombe-Duncan et al., 2021).

Sur le plan éducatif, la principale suggestion est l'augmentation – dans la formation des professionnel·les médicaux – du nombre d'heures dédié aux enjeux 2SLGBTQIA+ et aux traumatismes auxquels ces personnes peuvent faire face (Eiduson et al., 2022; Lacombe-Duncan et al., 2021; Levy et al., 2014). Leur formation devrait également inclure davantage de renseignements sur le VIH, afin que chaque gradué·e se sente apte à intervenir sur le sujet (Etowa et al., 2022). La promotion de la santé sexuelle est importante, mais elle doit se faire de manière appropriée. À ce propos, l'information partagée aux populations caribéennes et subsahariennes est plus efficace quand elle est culturellement spécifique et transmise de façon créative, par exemple en utilisant des modèles reconnus par la communauté (Ibid.). Lorsque le VIH est abordé, une approche positive serait à prioriser. Le but serait de normaliser sa prévention et de l'apparenter à un examen médical régulier (Ibid.).

Le développement d'un réseau communautaire offert par des personnes trans et non binaires adapté à leurs réalités spécifiques permettrait d'améliorer le partage d'informations sur les ITSS

et sa prévention (Lacombe-Duncan et al., 2021). Ce réseau serait également un espace sécuritaire pour apprendre et discuter de santé sexuelle (Eiduson et al., 2022). Les communautés caribéennes et subsahariennes, quant à elles, proposent d'augmenter l'accès à l'information sur le VIH dans les milieux communautaires existants et fréquentés par celles-ci (Ibid.). Cette initiative pourrait être une manière de développer l'autonomie et l'agentivité des personnes en lien avec le domaine médical afin de revendiquer par soi-même ses besoins en matière de santé sexuelle (Ibid.).

Le financement de cliniques offrant des services spécifiques aux personnes trans aiderait ces populations à accéder plus facilement à des soins de santé sexuelle (Lacombe-Duncan et al., 2021). Plus généralement, les personnes recevant des traitements pour le VIH bénéficieraient également de l'accès à des régimes d'assurances qui couvrent ces traitements (Casey, 2019).

De nombreux changements d'envergure gouvernementale ont été exprimés par les populations ciblées, tels que l'appui aux recherches en santé sexuelle spécifiques aux femmes trans, aux hommes trans, aux personnes non binaires et aux personnes racisées (Edmiston et al., 2016; Lacombe-Duncan et al., 2021). Ces recherches devraient d'ailleurs impliquer ces communautés à tous les niveaux du processus (Lawson et al., 2006 cité dans Dattadeen, 2016) ainsi qu'opter pour une analyse intersectionnelle de leurs besoins (Dattadeen, 2016). L'intégration de trousse de dépistage à domicile dans les services de santé sexuelle, un système déjà établi dans d'autres pays (Casey, 2019; Lacombe-Duncan et al., 2021), de même que l'expansion des services de santé sexuelle en dehors des milieux urbains (Edmiston et al., 2016) et l'ajout d'heures d'ouverture adaptées à toutes les réalités (Lessard et al., 2015) permettraient de combler certains besoins d'accessibilité. Une offre plus vaste de programmes offrant des autotests VIH (Etowa et al., 2022; Lessard et al., 2015) permettrait également, ultimement, de réduire la propagation des ITSS.

OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif du volet recherche du projet Mouve consiste à brosser un portrait des barrières d'accès aux soins de santé sexuelle pour les personnes âgées de 14 à 35 ans issues des communautés caribéennes, subsahariennes et 2SLGBTQIA+ de Montréal. Bien que plusieurs recherches se soient déjà penchées sur ces enjeux auprès de ces communautés, peu les ont étudiés auprès d'un groupe mixte, composé de personnes appartenant à l'une ou l'autre des communautés. En effet, la majorité des recherches ont été menées auprès d'une seule communauté, mettant en lumière les barrières spécifiques à celle-ci. Notre étude se distingue donc en se penchant sur ces deux communautés simultanément, ce qui permet de mettre en lumière les barrières communes, en plus de distinguer celles qui leur sont spécifiques. De cette façon, il est possible de s'attaquer à des obstacles concrets, pour ainsi améliorer l'accès pour ces deux communautés.

Enfin, cette recherche s'inscrit dans le mandat octroyé par l'Agence de la santé publique du Canada, qui souhaite l'amélioration de l'accès au dépistage des ITSS, à leur prévention, leur traitement et au soutien pour ces populations clés. C'est pourquoi les constats établis par cette recherche visent non seulement à dénoncer ces barrières auprès de l'organisme subventionnaire du projet, mais également à sensibiliser les professionnel·les de la santé à adopter des pratiques plus sensibles et inclusives auprès de ces personnes. Des messages clés leur seront transmis, créés à partir des constats de cette étude qui, grâce à son approche qualitative, permet de porter les voix des personnes directement touchées par ces enjeux.

GROUPE À L'ÉTUDE

Le projet Mouve cible les personnes âgées de 14 à 35 ans. Les personnes recrutées pour la recherche devaient avoir entre 18 et 35 ans et résider au Québec. En effet, pour des raisons éthiques, les jeunes de moins de 18 ans ont été d'emblée exclu·es. Toutefois, face à des difficultés de recrutement et devant le fait que les personnes rejointes à travers les ateliers se situaient dans une tranche d'âge parfois supérieure à 35 ans, il a été convenu d'accepter les deux personnes âgées de 38 ans ayant manifesté leur désir à participer à notre recherche. Les personnes participantes devaient également s'identifier aux communautés caribéennes ou subsahariennes ou 2SLGBTQIA+.

STRATÉGIES DE RECRUTEMENT ET DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte de données s'est déroulée d'avril 2023 à décembre 2024. Il était initialement prévu de terminer le recrutement en octobre 2024, mais sur recommandation du comité consultatif tenu en novembre 2024 et dans le but de réduire les angles morts soulignés à travers les résultats préliminaires, l'équipe a poursuivi la collecte de données jusqu'en décembre de la même année. Plusieurs stratégies de recrutement ont été déployées pour favoriser la participation. Un questionnaire en ligne, où les gens intéressés par la recherche pouvaient transmettre leurs coordonnées et disponibilités pour une entrevue, a été diffusé sur les réseaux sociaux de L'Anonyme (Facebook, Instagram) et ceux de ses allié·es. Puis, les personnes ayant participé à nos ateliers au sein de centres d'éducation aux adultes et d'organismes communautaires pouvaient manifester leur intérêt à participer en indiquant leurs coordonnées sur la fiche d'évaluation de l'atelier ou en remplissant le questionnaire en ligne grâce à un code QR affiché dans la présentation PowerPoint. Enfin, plusieurs organismes œuvrant auprès des communautés visées par la recherche ont été contactés pour promouvoir cette dernière auprès de leurs membres. Une affiche de recrutement leur a alors été envoyée pour qu'elle soit exposée dans leur milieu.

L'entrevue individuelle était d'une durée de 30 minutes à une heure. Elle pouvait se dérouler en ligne, par les plateformes Zoom ou Microsoft Teams (selon la préférence de la personne participante), ou en personne dans les locaux de L'Anonyme. Les thèmes explorés concernaient la vision de la santé sexuelle, les barrières et facilitateurs d'accès aux soins de santé sexuelle vécus ou perçus, la perception des ITSS, des moyens de protection et du dépistage ainsi que les stratégies déployées en matière de prévention et d'intervention face aux ITSS. Le canevas d'entrevue (voir annexe 6) était composé de questions ouvertes et de questions de relance afin d'obtenir des réponses approfondies et semi-dirigées. Les entrevues ont été enregistrées à l'audio et ont été transcrites localement sur l'ordinateur de la coordination de recherche à l'aide du logiciel d'intelligence artificielle de transcription audio et de traduction Whisper (par Open AI). Ce modèle est lancé à l'aide du langage de programmation Python. Ainsi, les données restent confidentielles, car elles ne se retrouvent dans aucun espace de stockage infonuagique. L'équipe de recherche a révisé les verbatims obtenus dans des documents Word, suite à quoi ils ont été transférés dans le logiciel Nvivo pour être analysés.

PROFILS DES PARTICIPANT·ES

Les données démographiques recueillies dans le cadre du volet qualitatif correspondaient au genre, à l'âge et au pays d'origine. Le Tableau 1 fournit le détail des données démographiques

recueillies pour chaque participant·e, identifié·e par un pseudonyme qu'elles, ils et iels ont choisi et consenti à partager dans ce rapport. Malheureusement, aucune personne provenant des pays subsahariens n'a été recrutée et la majorité des personnes proviennent soit de Martinique ou d'Haïti. Ceci peut être dû à notre méthode de recrutement, qui s'est déroulée majoritairement dans des milieux francophones, où les usager·ères issu·es des communautés visées provenaient davantage des îles francophones des Caraïbes.

TABLEAU I – DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES (N= 14)

Communauté 2SLGBTQIA+	Communauté caribéenne	Communauté 2SLGBTQIA+ et caribéenne
Alice Genre: Femme trans Âge : 25 ans Origine : Non spécifié	Anna Genre: Femme cis Âge : 23 ans Origine : Martinique	Alyssa Genre: Femme cis <i>queer</i> Âge : 19 ans Origine : Haïti
Ani Genre: Non-binaire (iel/il) Âge : 38 ans Origine : France	Moana Genre: Femme cis Âge : 24 ans Origine : Haïti	
Café Genre: Femme cis <i>queer</i> Âge : 25 ans Origine : Québec	Nounou Genre: Femme cis Âge : 21 ans Origine : Haïti	
Simon Genre: Homme trans Âge : 25 ans Origine : Inde, Allemagne	Priya Genre: Femme cis Âge : 23 ans Origine : Martinique	
Star Genre: Femme cis en questionnaire Âge : 38 ans Origine : Québec	Soleil Genre: Femme cis Âge : 25 ans Origine : Martinique	
Victor Genre: Fluide dans son identité de genre et son expression de genre. Utilise présentement le pronom il et les accords masculins. Âge : 28 ans Origine : Québec	SS Genre: Femme cis Âge : 25 ans Origine : Cuba	
Wackywoodzky Genre: Homme cis <i>queer</i> Âge : 31 ans Origine : Liban		

MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Cadre théorique

Le cadre théorique utilisé pour l'analyse est celui de Levesque et al. (2013), sélectionné d'abord puisqu'il a été élaboré par des personnes travaillant à l'Institut national de santé publique du

Québec (INSPQ), et donc positionné dans un contexte québécois (bien qu'il puisse être appliqué à d'autres réalités à travers le monde). De plus, le fait qu'il soit bien implanté dans le domaine de la recherche et qu'il ait été éprouvé par plusieurs chercheur·ses, notamment québécois·es, a confirmé le choix quant à son utilisation dans le cadre de la présente analyse (Cu et al., 2021; Gonin et al., 2023). Ce modèle permet une compréhension globale et dynamique du processus complexe d'accès aux soins, en incorporant des déterminants tant au niveau du système de santé lui-même qu'au niveau des personnes utilisatrices (Ibid.).

Le cadre théorique décortique le processus d'accès aux soins de santé en 5 dimensions, soit : 1a) l'accessibilité; 2a) l'acceptabilité; 3a) la disponibilité; 4a) l'abordabilité et 5a) l'adéquation des soins avec les besoins. Pour générer un processus plus complet d'accès aux soins, la population utilisatrice du système de santé est intégrée et interagit avec chacune des dimensions du modèle. Cette interaction se décline en 5 capacités soit : 1b) la capacité à percevoir ses besoins et à désirer recevoir des soins; 2b) la capacité à rechercher les services de soins; 3b) la capacité à atteindre les services de soins; 4b) la capacité à payer et 5b) la capacité à s'engager dans les soins et les traitements.

La première dimension du modèle, l'accessibilité, englobe la promotion des services de la santé ainsi que la sensibilisation aux enjeux de santé, pour que les personnes puissent connaître les différents services offerts, les considérer comme étant accessibles et reconnaître que ceux-ci peuvent avoir un impact sur leur santé. La capacité reliée à cette dimension consiste à percevoir les besoins et au désir de recevoir des soins. Cette catégorie comprend la perception du risque et des besoins, mais également la littératie en matière de santé, car celle-ci exerce une grande influence sur la perception des besoins. En effet, des déterminants comme les connaissances et les croyances des individus liées à la santé modèlent leurs perceptions des besoins et du risque.

La deuxième dimension concerne l'acceptabilité sociale des soins et des services offerts par le système de santé. Elle est influencée notamment par des facteurs comme les valeurs des personnes, la perception qu'elles ont du système de santé et les messages véhiculés par rapport à ce système dans une société ou une communauté. La capacité à rechercher, elle, est liée à l'autonomie de la personne à s'enquérir des soins, à ses connaissances par rapport aux différentes options de soins de santé offertes, à ses droits individuels à exprimer son désir à obtenir des soins ainsi qu'à sa motivation à s'en prévaloir.

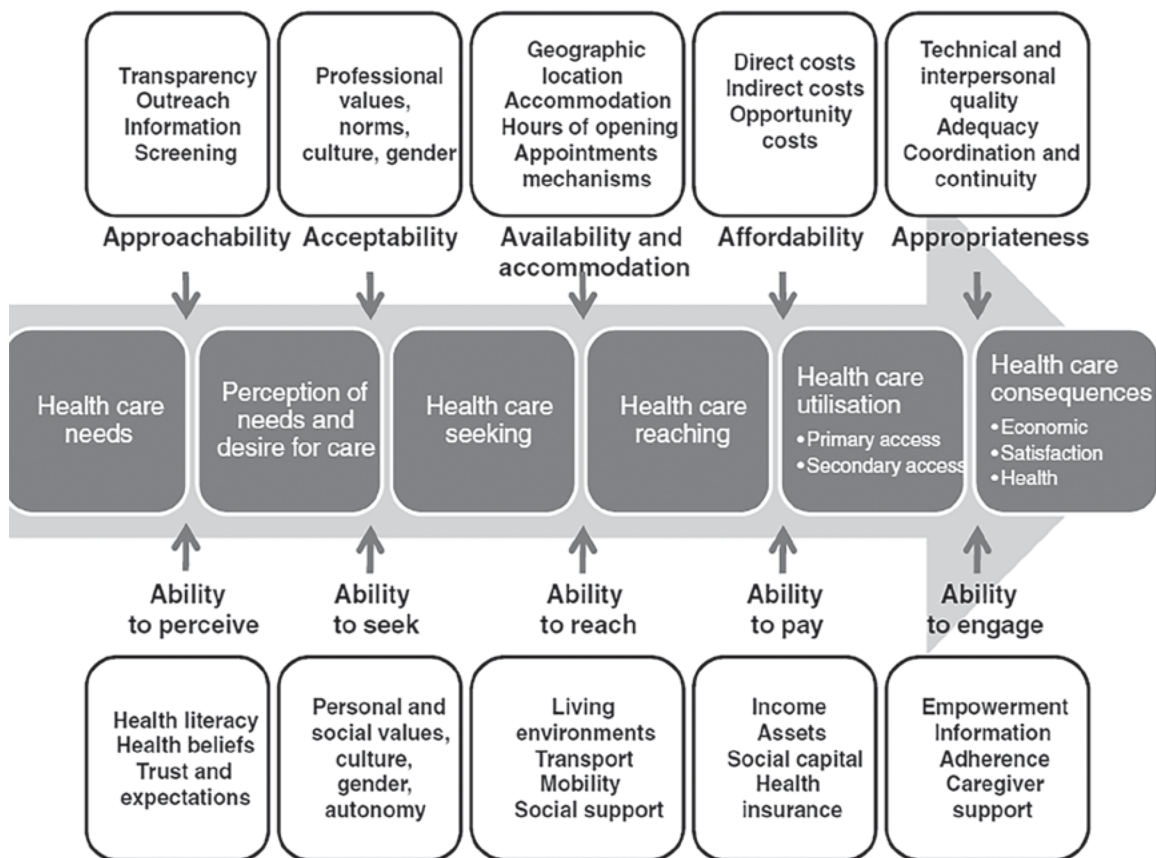
La troisième dimension touche à tout ce qui a trait à la disponibilité des services pour que ces derniers puissent être atteints, et ce, en temps voulu. Cette dimension peut donc inclure la rapidité du service, les disponibilités des rendez-vous, la localisation des services ainsi que les portes d'entrée qui permettent d'atteindre les services. La capacité qui interagit avec cette dimension concerne l'atteinte des services, soit l'autonomie au niveau de ses déplacements, de la gestion et de l'organisation de son emploi du temps et la connaissance des différents services qui permet d'atteindre physiquement ces derniers.

La quatrième dimension est celle liée aux coûts des services, soit l'abordabilité. Le coût ici peut faire référence aux sommes d'argent qui doivent être déboursées, aux dépenses reliées à l'obtention des soins (comme des frais de transport, administratifs ou autres), mais également au coût lié à une possible perte de revenu. Cette dimension est étroitement liée à la capacité des usager·ères de payer. Elle est décrite comme la capacité à générer du revenu pour pouvoir payer les soins, sans devoir sacrifier des besoins essentiels comme le logement, la nourriture, etc.

La cinquième dimension concerne l'adéquation des services avec les besoins des personnes, ce qui comprend la rapidité de la prise en charge, l'ampleur des ressources investies pour déterminer la problématique et les traitements, la manière dont les services ont été offerts ainsi que la qualité des habiletés interpersonnelles et des techniques déployées. La dernière capacité est reliée à la prise de décision et à l'observance aux traitements. Cet engagement englobe la motivation à compléter les soins, la capacité à communiquer ses besoins et la capacité à prendre en charge sa santé sexuelle.

La figure suivante, tirée de l'article de Levesque et al. (2013), illustre le cadre théorique, en regroupant les 5 dimensions, avec leurs capacités associées, dans l'ordre du processus d'accès aux soins.

FIGURE 1 : CADRE CONCEPTUEL DU PROCESSUS D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE LEVESQUE ET AL. (2013)



Ainsi, grâce au modèle de Levesque et al. (2013), il a été possible d'évaluer l'accessibilité des soins en matière de santé sexuelle et les besoins qui demeurent en suspens à cet égard. Les catégories de ce modèle ont donc servi de cadre structurel du codage effectué lors de l'analyse thématique. Toutefois, puisque la santé sexuelle peut englober plusieurs dimensions, la présente recherche s'est penchée davantage sur l'accessibilité par rapport aux dépistages, aux soins liés aux ITSS et aux moyens de protection. Pour ce dernier élément, le modèle de Levesque et al. (2013) a été extrapolé, car les moyens de protection ne s'inscrivent pas de manière directe dans les services de soins de santé. Toutefois, l'accessibilité aux moyens de protection est un élément essentiel pour la prévention de la transmission des ITSS.

Analyses

Une analyse thématique a été réalisée selon l'approche préconisée par Braun & Clarke (2006). Ainsi, les entrevues ont été transcrites par le biais du modèle d'intelligence artificielle de Whisper AI, révisées par l'équipe et transférées dans le logiciel Nvivo. Lors de la transcription, des idées initiales ont été notées. Puis, à l'aide du logiciel Nvivo, le premier jet de codage a été généré sur l'ensemble des données, en rassemblant les extraits pertinents pour chaque code créé à travers le cadre conceptuel. Par après, des thèmes potentiels ont été créés selon le codage généré pour chacune des catégories du modèle de Levesque et al. (2013). Ces thèmes ont ensuite été validés en générant une carte thématique de l'analyse. Durant cette étape, le codage a été revisité de manière continue afin d'affiner les spécificités de chaque thème en générant des définitions claires et distinctes.

Pour la création des thèmes, les techniques utilisées ont été choisies selon l'expérience des personnes menant l'analyse, le temps disponible pour l'analyse et le type de données recueillies (Ryan & Bernard, 2003). Ainsi, la technique principale utilisée a été celle du coupage et du triage, effectuée à l'aide du logiciel Nvivo. Il s'agit de couper des extraits du texte analysé et de les regrouper avec d'autres extraits similaires, qui vont éventuellement former un thème (Braun et Clarke, 2006; Ryan et Bernard, 2003). De plus, certains sous-thèmes ont été identifiés selon la répétition avec laquelle ils apparaissaient dans le discours des personnes (Ryan et Bernard, 2003).

Considérations éthiques

Dans son chapitre *L'éthique en recherche sociale* du livre *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Crête (2010) explique les considérations éthiques importantes à tenir compte lors d'une évaluation des besoins en vue d'élaborer ou de bonifier des mesures en place; ces dernières concernent la confidentialité, le droit à la vie privée ainsi que le consentement éclairé.

Pour respecter le droit à la vie privée, il a été choisi de ne pas mettre l'accent sur le vécu des personnes, mais de plutôt recueillir leurs points de vue sur les enjeux de leurs communautés spécifiques par rapport à la santé sexuelle. Puis, pour s'assurer de conserver la confidentialité, les participant·es devaient choisir un pseudonyme qui permettrait d'identifier leur discours lors de la retranscription des entrevues. Les enregistrements ont été supprimés après la transcription. Les verbatims seront supprimés à la fin du projet, soit en mars 2027. Enfin, pour s'assurer du consentement éclairé de chacun·e, tous les risques liés à leur participation ont été énoncés dans le formulaire de consentement (voir annexe 5) et une liste de ressources a été également ajoutée à la fin du formulaire. De plus, aucune pression n'a été exercée sur les participant·es pour qu'elles, ils et iels participent. Les participant·es étaient libres d'arrêter le questionnaire ou l'entrevue individuelle sans avoir à se justifier. Puis, les personnes dont les extraits ont été utilisés pour la rédaction de ce rapport ont été recontactées afin de s'assurer de leur consentement à ce que leurs paroles soient partagées et associées à leur pseudonyme dans le cadre de l'analyse des besoins.

Pour terminer, nous avons également consulté des chercheur·es en milieux universitaires et institutionnels pour nous soutenir dans l'élaboration du canevas d'entrevue et du formulaire de consentement.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Une des différences majeures entre les deux groupes dans leur cheminement vers l'accès aux soins de santé sexuelle concerne la présence de tabou entourant la sexualité dans les communautés caribéennes. En effet, cet élément transparaît considérablement à travers le discours des participant·es caribéen·nes, contrairement aux personnes s'identifiant aux communautés *queer*, et teinte leur parcours vers l'accès aux soins de santé sexuelle. Les résultats en lien avec ce constat sont présentés au début de section.

Puis, les résultats qui qualifient le parcours des personnes à travers les différentes dimensions d'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection seront détaillés selon le modèle de Levesque et al. (2013). Étant donné que les recommandations de ce rapport s'adressent principalement aux professionnel·les de la santé, certaines dimensions sont davantage approfondies. En effet, il semblait important de mettre l'accent sur la capacité à percevoir les besoins ainsi que l'adéquation des services; dans un premier temps, cela permettra aux professionnel·les de la santé de mieux comprendre d'où partent les personnes avant qu'elles n'arrivent dans leurs institutions et, dans un deuxième temps, ces résultats mettront l'emphase sur des éléments sur lesquels elles, ils et iels ont du pouvoir, tels que leurs habiletés interpersonnelles.

Enfin, une fiche synthèse des principaux constats et des recommandations de ce rapport est disponible à l'annexe 1.

LE TABOU ENTOURANT LA SEXUALITÉ : UNE TRAME DE FOND BIEN PRÉSENTE POUR LES COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

La totalité des personnes caribéennes interrogées a fait mention d'un tabou entourant la santé sexuelle dans leur communauté. Ainsi, il y a « une part de gêne, une part de honte » (Anna) à aborder ce sujet. Ce faisant, les enjeux reliés à la sexualité ne sont que rarement, voire jamais, abordés dans ces communautés.

« Euh dans la communauté caribéenne... Euh pour moi, c'est un sujet qui est quasiment inexistant. Sincèrement, en tout cas avec nos parents ou avec notre entourage, autre que nos amis proches en général de notre âge, pour moi, c'est un sujet qui est inexistant. » (Anna)

« Donc, c'est sûr que la sexualité est toujours un tabou à en parler de façon générale parce qu'on nous a éduqués de cette façon-là. On ne parle pas de ces choses, on ne parle pas de... voilà. » (Soleil)

Ce tabou est d'autant plus présent chez les générations ayant précédé celle des participant·es. Pour une majorité, les discussions autour de la sexualité et de la santé sexuelle au sein de la famille sont soit inexistantes, soit réduites à des recommandations comme « protégez-vous » et « faites attention » (Nounou) ou bien à « LA conversation » (Priya) avant les premières relations sexuelles.

« Mais quand je regarde mes amis autour de moi, je pense qu'il y en a peut-être 10% qui parlent avec leurs parents de leur sexualité. Et du coup, en plus d'IST, je pense que ça doit tomber au 1 %. Parce que souvent, on est quand même un peu gêné·es d'aborder ce sujet-là. Donc, voilà. » (Anna)

« [...] c'est un sujet, on ne l'aborde pas trop [avec les parents]. On n'a jamais dit... les premières fois, les choses comme ça. Mais d'autres ont des parents très ouverts ou avec qui ils en parlent ou des parents qui leur ont parlé avant qu'eux n'en parlent ou ont su poser les bonnes questions. Donc, eux, je sais, il y en a certains, oui, qui en parlent. Mais ça ne doit pas être une grande majorité. Je ne pourrais pas dire pour tout le monde, mais... Mais souvent, on n'en a pas parlé. » (Priya)

La sexualité est un sujet tellement évité que parfois, même pour des événements graves, comme des agressions sexuelles ou un décès à la suite d'un cancer du col de l'utérus, aucune conversation n'est entamée par les parents, à moins de les questionner spécifiquement, car c'est un sujet qui reste « assez caché en général » (Priya).

Ainsi, un obstacle important aux soins d'accès de santé sexuelle concerne les mentalités et le tabou entourant la sexualité pour les communautés caribéennes. Cette barrière semble s'inscrire comme une trame de fond, car elle peut influencer l'accès aux soins à travers différentes dimensions proposées par Levesque et al. (2013). En effet, ce tabou peut exercer une grande influence sur l'éducation sexuelle reçue, et donc sur la capacité à percevoir les besoins en santé sexuelle, mais peut également être un frein à la recherche des soins ou à l'adéquation perçue des traitements reçus. Comme il a été souligné à travers les entrevues, la gêne ou le malaise ressenti par une personne peut l'amener à éviter de rechercher de soins et même amener une personne à mentir lors des discussions avec les professionnel·les de la santé; cela peut d'ailleurs brouiller les pistes pour le choix des traitements ou des types de dépistage qui seraient adéquats pour ses besoins.

D'ailleurs, certain·es participant·es ont identifié cette barrière comme étant le « problème » principal concernant les enjeux entourant la santé sexuelle pour les communautés caribéennes, notamment car il est plus « profond ».

« La plus grosse barrière, je pense, c'est le tabou et le fait qu'on n'en parle pas. Donc, du coup, mais comme on n'en parle pas, on ne sait pas non plus qui aller voir ni quand aller voir. » (Priya)

« Mais euh... Ok non je pense que je sais c'est quoi le problème, c'est qu'en gros il y a pas assez de... c'est trop tabou, c'est juste trop tabou » (Soleil)

MANIFESTATION D'UN BESOIN LIÉ À LA SANTÉ SEXUELLE

Juger de l'accessibilité des services en fonction des méthodes de communication reçues dans sa communauté

L'accès à l'information sur les différents services en santé sexuelle offerts semble inégal entre les communautés. En effet, contrairement aux personnes s'identifiant aux communautés 2SLGBTQIA+, plusieurs personnes caribéennes soulignent la difficulté à trouver des services et à déterminer lesquels sont gratuits ou quelles sont les conditions à remplir pour y accéder.

« Après, il y a aussi le manque de sensibilisation, parce qu'ici, même si... c'est plus ouvert, ça reste quand même un sujet qui peut être abordé plus facilement, il faut quand même pouvoir savoir où on peut en parler et connaître les services un peu disponibles. Et ça, en tout cas, dans mon expérience, moi, je n'ai jamais vu trop trop d'infos sur où enfin quels centres on pouvait avoir, etc. » (Anna)

« Moi, je pense aussi que l'information aussi soit plus... Mais pas accessible, mais comme plus facile à trouver. Parce que j'ai... Avant que je sache qu'il y a l'infirmerie, c'était vraiment dur d'avoir cette accessibilité à l'information. Puis c'était pas trop clair. C'était quoi... Les conditions qu'il fallait que t'aies pour avoir accès à des soins gratuitement ou pas. » (Alyssa)

Cette difficulté à s'y retrouver pourrait être liée au fait que la promotion des services de soins et de prévention ne soit pas toujours adaptée aux communautés caribéennes, notamment par le manque d'inclusivité dans les publicités ou le manque de promotion explicite pour des services adaptés aux personnes noires ou immigrantes.

« Voilà, donc, une meilleure accessibilité, une sensibilisation plus adaptée, donc, c'est-à-dire [...] les gens qui représentent sur les affiches là, qu'ils soient, par exemple, noirs, qu'il y ait quelque chose qui attire le regard pour dire, vous aussi, vous êtes concerné-es. Parce que c'est clair que si on voit une affiche de sensibilisation, une capsule vidéo ou autre, ou c'est juste des personnes... Des personnes blanches, québécoises, on peut ne pas se sentir concerné-e. C'est comme toutes les affiches publicitaires, voilà, c'est comme ça dans tous les trucs de marketing, il faut pouvoir se sentir concerné-e par le sujet. » (Soleil)

Ce manque d'adaptation aux enjeux liés à l'immigration peut amener un sentiment d'illégitimité à utiliser certains services en tant que personne immigrante, et créer ainsi une barrière importante à l'accès aux services.

« on peut aussi avoir des réticences par rapport au statut d'immigré d'y aller parce qu'on se dit que ce n'était peut-être pas pour nous » (Soleil)

Pour les personnes s'identifiant aux communautés 2SLGBTQIA+, cette difficulté à trouver des ressources n'est pas ressortie. Plusieurs d'entre elles ont même été en mesure d'identifier des moyens de sensibilisation et de promotion des services explicitement adressés à leur communauté; la publicité ciblée dans le Village⁵ à Montréal et les initiatives de l'organisme Club Sexu ont entre autres été nommées pour illustrer leurs propos.

Enfin, la vision du système de santé québécois comme étant compliqué et coûteux, même si, parfois, il ne l'est pas réellement, peut être un frein à entamer des recherches pour valider les différentes options possibles. Certaines personnes peuvent craindre « des frais cachés », ce qui peut les amener à abandonner leurs recherches.

« Et on a aussi la préconception qui est un peu très réaliste que le système de santé, c'est un système de santé qui est très compliqué là-bas. Donc finalement, ça peut être aussi une barrière à se dire « Non, c'est compliqué. Il faudra payer 200, 300, 400 et autres pour faire des tests. Je n'ai pas l'argent pour ci. » Et ainsi de suite. Donc finalement, il y aura déjà une barrière à se dire « Je vais essayer d'aller chercher l'information. Je vais essayer d'aller voir si c'est possible ou pas. » Donc je pense que la vision que l'on a du système de santé peut être un frein. » (Soleil)

5 Le Village, situé dans l'arrondissement Ville-Marie (secteur Centre-Sud) à Montréal, est un quartier qui se veut inclusif et une destination 2SLGBTQIA+ reconnue mondialement. Pour en apprendre plus sur ce quartier : <https://www.villagemontreal.ca/a-propos>

Ainsi, afin de simplifier les recherches, certain·es proposent d'instaurer un site centralisant les informations liées au dépistage ou encore d'amener les informations pertinentes aux communautés immigrantes, dans leurs comités universitaires par exemple, pour qu'elles se sentent davantage concernées par l'information.

« Par exemple, à l'UQAM, il y a un centre, enfin, il y a un truc pour les étudiants étrangers ou je ne sais pas quoi, en tout cas, là, d'avoir les informations facilement accessibles et non pas les informations générales où on pourrait se perdre, où on pourrait se dire que ça ne nous concerne pas parce qu'on n'est pas Québécois, parce que ci, parce que ça, ou bien même si on l'est, on ne se sent pas attiré par l'information, il y a quelque chose qui manque. » (Soleil)

Percevoir le risque encouru et les besoins inhérents en fonction de la conception des ITSS partagée dans sa communauté et de sa littératie en matière de santé sexuelle

L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ COMME MOYEN POUR PALLIER LE MANQUE EN MATIÈRE DE LITTÉRATIE LIÉE À LA SANTÉ SEXUELLE

Questionné·es sur les différents moyens de protection, les participant·es démontrent connaître en majorité le condom externe. Toutefois, plusieurs d'entre elles et eux ont mentionné le condom interne et, plus rarement, la digue dentaire (ou carré de latex). Seules les personnes de la communauté 2SLGBTQIA+ ont mentionné la PrEP. Le manque de connaissances par rapport aux multiples moyens de protection peut représenter la barrière initiale à leur accessibilité, comme illustré par l'extrait suivant.

« Pas tous [les moyens de protection], mais les classiques, oui. Tous, mais encore une fois, c'est là que revient le problème de on sait pas ce qui existe. Du coup, on sait pas forcément où se le procurer. » (Priya)

Les ITSS et leurs modes de transmission demeurent peu connus ou mal compris de manière générale, notamment à cause de leur complexité et de la mésinformation qui peut circuler à leur égard.

« Il y a aussi beaucoup de, même moi le premier il y a des choses que, par exemple, comment contracter certaines choses et comment éviter de les contracter, comme chlamydia, je ne saurais même pas te dire, après ce sont des choses vachement plus techniques » (Ani)

« je trouve que dans notre communauté, où même de façon générale en vrai, je dis ça, mais même moi, il y a une mésinformation sur comment les ITSS sont transmises [...]. » (Soleil)

En effet, la croyance que le condom n'est pas nécessaire pour le sexe oral a servi d'exemple pour une des participant·es, l'ayant entendu de la part de ses proches. De plus, une autre participante confiait avoir déjà eu une mycose et, étant donné qu'elle ne connaissait pas quels étaient les symptômes de cette condition, elle ne s'était jamais interrogée sur les changements de ses sécrétions vaginales et de leurs odeurs, jusqu'au moment où une de ses amies lui a partagé avoir des symptômes similaires.

Le manque de connaissance sur les symptômes et la transmission des ITSS peut donc contribuer à ce qu'une personne n'aille pas nécessairement rechercher des soins ou utiliser des moyens de protection : « quand on n'a pas la connaissance de ce que c'est une maladie sexuellement transmissible, ben, parfois, on ne se pose même pas la question. » (Anna). Cette idée revient également à travers d'autres témoignages de participantes caribéennes.

« si on ne sait même pas comment sont transmis les ITSS enfin on sait de façon globale, mais si on ne sait pas réellement comment sont transmis les ITSS on ne peut pas comprendre les enjeux et la nécessité de se protéger ou la façon de se protéger » (Soleil)

Ce faible niveau de connaissances peut provenir des lacunes dans l'éducation à la sexualité. Ce constat est plus fortement ressorti chez les personnes caribéennes, où les discours considérés plus « ancestraux » (Soleil) peuvent parfois prendre plus de place et le tabou entourant la sexualité est plus présent. Toutefois, ces lacunes sont également présentes dans les autres systèmes d'éducation.

« dans la Caraïbe même, à part à l'école, avec les cours de SVT, une ou deux fois. On n'a jamais accès à de l'information sur la santé sexuelle. De temps en temps, on peut avoir, je ne sais pas, un intervenant qui vient pour distribuer des préservatifs, mais c'est très, très rare. » (Anna)

« Mais pas vraiment de parler sur la santé sexuelle en tant que telle. J'ai plus découvert ça sur l'internet, comme j'ai dit. » (Nounou)

« Je pense qu'on a tous eu un cours au secondaire sur les ITSS, mais je pense qu'on l'oublie facilement. Il n'y avait pas toute l'information qu'on aurait dû avoir. » (Alyssa)

« Après, je pense qu'il y a des choses au niveau de l'éducation sexuelle qui pourraient peut-être être plus claires ou plus, je sais que nous en France on a eu, je me rappelle vaguement d'un cours d'éducation sexuelle, mais j'ai aucun souvenir de qui a été abordé, et c'est une seule fois. Je pense que c'est quelque chose qui devrait être fait régulièrement, des choses qui devraient être répétées aux gens et bien intégrer tout ça. » (Ani)

Le dernier extrait met en lumière l'importance de recevoir une éducation à la sexualité continue dans le temps et à intervalle régulier, afin que les gens puissent bien intégrer les diverses connaissances en lien avec leur santé sexuelle.

« Il devrait avoir clairement une classe, un cours sur tout ça, mais pas juste une heure comme ça dans l'année, mais vraiment quelque chose où on explique » (Soleil).

Cette éducation sexuelle devrait d'ailleurs commencer tôt, dès lors que les jeunes commencent à s'intéresser à la sexualité, soit « quand l'enfant commence à poser des questions » (Nounou). Cela permet d'ailleurs de « prendre les habitudes dès le début » (Soleil), car « les populations les plus jeunes, en général [...] peuvent être un peu insouciantes » (Anna).

Ainsi, l'éducation sexuelle est vue comme un facilitateur clé dans l'accès aux soins de santé sexuelle, car elle permet d'augmenter les connaissances et de déconstruire les tabous et les fausses croyances, tout en conscientisant les gens aux enjeux de santé sexuelle. Étant donné le tabou entourant la sexualité dans les communautés caribéennes, plusieurs soulignent l'importance de s'y attaquer, entre autres en ouvrant le dialogue sur ces enjeux.

« Ensuite, il faudrait déconstruire un peu dans le *mindset* un peu global de ces communautés le... ce que c'est en fait la santé sexuelle, le rapport au sexe, le rapport au corps, etc. Parce que je pense qu'il y a une grosse gêne à en parler, comme j'ai dit précédemment. » (Anna)

Comme le souligne un des participant·es, parler de façon ouverte et sans tabou de sexualité et des ITSS, « ça protège tout le monde. Le plus on en parle, le plus ça peut protéger tout le monde parce qu'on est au courant. Cette information est importante. C'est important de connaître les... Les risques. » (Simon)

Pour ce faire, plusieurs moyens sont proposés, notamment l'utilisation des médias sociaux, comme les comptes d'éducation à la sexualité, pour rejoindre les gens et faire « passer le message » (Nounou). Une autre option, fortement ressortie pour les communautés caribéennes, consiste à offrir des espaces de discussions privilégiés pour ouvrir la parole sur ces enjeux encore trop tabous. Certain·es proposent d'encourager des personnes de la communauté qui sont « touchées par ces maladies [à] en parler avec leur entourage [...] pour délier un peu les langues et faire connaître un peu toutes ces maladies » (Anna). L'idée de groupes de discussion ou de cafés-rencontres anonymes au sein des communautés caribéennes est également ressortie.

Enfin, une participante souligne l'importance d'outiller les parents pour qu'elles, ils et iels puissent « en parler avec leurs enfants [pour créer] une sorte d'atmosphère de confiance au sein des foyers » (Anna). En effet, comme vu précédemment, la sexualité n'est que peu ou pas discutée dans les familles caribéennes; avoir un espace sécuritaire, sans jugement, au sein de sa famille peut aider à « endiguer un peu les problèmes qui peuvent être liés à tout ça » (Anna). Le soutien familial est d'ailleurs un facilitateur ressorti dans la littérature (Pilabré, 2018). Au contraire, la présence de discours stigmatisants au sein d'une famille peut renforcer les barrières liées au dépistage (Ngobi et al., 2020; Arnold et al., 2014) et entraîner des problématiques psychologiques freinant l'accès aux soins (Levy et al., 2014).

UNE VISION DIFFÉRENCIÉE DES ITSS QUI ENTRAÎNE DES DÉFIS SPÉCIFIQUES DANS LA MOTIVATION À PRENDRE SOIN DE SA SANTÉ SEXUELLE

La manière dont les ITSS sont perçues et discutées peut également influencer la capacité à percevoir ses besoins. Dans les communautés caribéennes, les ITSS sont vues comme étant sales et dégoûtantes, favorisant un climat de honte et de jugement dès lors qu'une personne reçoit un diagnostic positif.

« Et je pense, ben, de dégoût, aussi, pour certains. « Ah, oh, mon Dieu, cette personne, elle a une maladie. Oh, mon Dieu, elle est sale. Oh, elle s'est pas protégée. » [...] ce qui engendre, du coup, une certaine honte. Et, du coup, ben, ça fait qu'on n'en parle pas. » (Anna)

« So, c'est comme une règle non écrite que les ITSS c'est sale. Tout le monde sait que c'est sale. » (Moana)

« Mais sinon, si c'est quelque chose... Qui s'attrape et qui s'en va comme, genre, la chlamydia ou quelque chose, je suis certaine que ça va être comme, « Oh mon Dieu, ça... Elle est sale. » Ils vont passer le jugement. Ils vont passer le jugement. Souvent, le mauvais jugement. Ils vont dire, « Fais attention, ne pas faire ça toi aussi. » Ou quelque chose... « Elle n'a pas fait attention. » « Il n'a pas fait attention. » Ou quelque chose. C'est souvent... C'est souvent plus négatif que positif. » (Nounou)

Cette image défavorable contribue donc à la stigmatisation entourant les ITSS et peut alimenter une peur d'aller se faire dépister ou peut entraîner un évitement, par crainte de recevoir un résultat positif et de subir les conséquences sociales qui y sont liées.

Dans les communautés 2SLGBTQIA+, il en est autrement : les ITSS sont discutées, sans nécessairement engendrer de tabou. Toutefois, certain·es participant·es parlent d'une hiérarchisation des ITSS qui s'appuie sur leur niveau de gravité. Le VIH est donc perçu comme le « pire » virus étant son historique au sein de la communauté et le fait qu'il nécessite une médication à vie. Cependant, les autres ITSS qui sont guérissables, comme la gonorrhée ou la chlamydia, sont davantage perçues comme « quelque chose de pas tant grave » (Victor), car il suffit de prendre des antibiotiques pour s'en départir.

« C'est peut-être plus les infections qui sont irréversibles, c'est sûr qu'on est tous vraiment comme, t'sais, on a peur d'avoir ça et tout, mais, mettons, les ITSS, c'est sûr qu'on est plus habitués d'entendre parler, mettons, la gonorrhée, la chlamydia, tout ça, c'est comme si... J'ai l'impression que dans la communauté, c'est comme, bon, c'est pas un *big deal*, ça peut arriver. » (Victor)

Cette hiérarchisation peut influencer les pratiques de dépistage; en effet, certaines personnes pourraient ne demander des tests que pour les ITSS considérées comme graves. Ces dépistages se concentrent donc uniquement sur les tests sanguins, et non les prélèvements. Cela pourrait mener à des comportements plus à risque, puisque les partenaires se considèrent *safe* grâce aux tests sanguins.

LA PERCEPTION DU RISQUE ET DES BESOINS : CONVERGENCES ET DIVERGENCES COMME RÉSULTANTES DE RÉALITÉS PROPRES AUX COMMUNAUTÉS

Une autre divergence entre les communautés s'observe dans la manière d'aborder la protection et le dépistage. En effet, pour les communautés *queer*, ces enjeux sont régulièrement discutés : « c'est systématique, il y a toujours des questions qui sont posées sur le consentement, la protection, les résultats de tests, c'est toujours très clair » (Ani). Cette conscience collective est reliée pour certain·es à la crise du VIH/SIDA des années 90, qui aurait amené une prise de conscience sur l'importance de se protéger et d'en parler.

« People, people have understood that it's important to talk about these things to be safe. Especially with the crisis that happened with AIDS back in the day, I think people now are more aware of, okay, we got to talk about this stuff.⁶ » (Wackywoodzky)

Dans les communautés caribéennes, une certaine insouciance est plutôt perçue par rapport à la transmission des ITSS. Une des participantes mentionne que les « préconceptions culturelles » (Soleil) amènent les gens à se dire que « Ce n'est pas grave. Ça va passer » (Soleil). En effet, il y a « un déni collectif très confortable où on oublie les autres maladies » (Soleil). Ce déni est d'ailleurs entretenu par le fait que ces enjeux ne sont pas discutés dans la communauté. De plus, il reste présent, malgré la peur que peuvent susciter les ITSS.

6 Traduction libre : « Les gens, les gens ont compris que c'est important de parler de ces choses-là pour être en santé. Particulièrement avec la crise liée au sida dans le passé, je pense que les gens sont plus au courant, maintenant, qu'il faut parler de ces choses-là. »

« on dirait que personne ne l'a. Je ne sais pas comment expliquer, mais je me dis que je n'ai jamais rencontré quelqu'un qui m'a dit qu'il l'avait... Moi et mes amis, on ne s'est pas vraiment testés, mais on dit qu'on ne l'a pas. Mais des fois, on a peur parce qu'on a fait sans protection. » (Alyssa)

Cette même participante ajoute toutefois que « ça ne nous fait pas assez peur au point d'aller faire ces tests ou au point de se protéger plus sérieusement. Je pense qu'on ne se rend pas compte de la grandeur des risques et de ce que ça peut entraîner d'en avoir un. » (Alyssa). Cette perception du risque plus faible pourrait donc être liée à une méconnaissance des conséquences, autres que sociales, qu'entraîne un diagnostic positif.

Cette insouciance est également perçue dans la communauté 2SLGBTQIA+, plus précisément dans chez les hommes gais, où un participant témoigne que « chez les gais, les hommes gais, je trouve que... Des fois, c'est un peu comme pris pour acquis, pis c'est comme... Ou c'est juste pas grave, pis on prend un risque » (Victor). Ainsi, malgré que le dépistage et la protection soient souvent abordés, une certaine désinvolture ou prise de risque plus importante est perçue.

En dehors de ces différences entre les communautés, plusieurs éléments influençant la perception du risque et des besoins sont ressortis et s'avèrent communs. Tout d'abord, le degré d'importance accordé aux enjeux liés aux ITSS influence la perception que les individus ont de leurs besoins.

« Si personne n'en parle autour de toi, tu vas faire moins attention, il y a ça aussi je pense. » (Ani)

« En tout cas, pour ma part, ça a toujours été des personnes... des professionnel·les de la santé qui en ont parlé. Et... Ben, honnêtement, quand ça t'est toujours pas arrivé ou que t'as pas l'impression que ça soit arrivé à tes proches, ben, quand c'est un professionnel de la santé qui t'en parle, t'es juste en mode, « ouais, ben, ça arrivera à un autre, quoi ». » (Priya)

Tel qu'illustré dans ces extraits, ne pas discuter de ces enjeux ou ne pas avoir de proches directement touché·es sont des éléments qui diminuent la perception du risque. Un participant souligne également que lorsqu'« on ne se fait pas dépister, qu'on ne sait pas qu'on a quelque chose, [...] c'est possible de dire qu'on a rien ou qu'on pensait qu'on avait rien, mais c'est pas... être responsable » (Simon); il met donc en lumière que la déresponsabilisation face à la prise en charge de sa santé sexuelle entretient le déni entourant des ITSS.

La perception du risque est au contraire augmentée lorsqu'une personne proche est directement touchée et lorsque les ITSS sont discutées dans ton entourage.

« La perception des ITSS, je pense que si tu as des gens autour de toi qui viennent de contracter quelque chose, c'est un peu comme quand quelqu'un vient d'avoir un accident, un accident de vélo, tu vas mettre plus ton casque, si tu connais quelqu'un qui vient de contracter la chlamydia, tu vas faire plus attention. » (Ani)

« Quand les proches en parlent, c'est beaucoup plus facile. En tout cas, personnellement. Parce que je me dis, ah, ben, ça arrive aux autres, ça peut m'arriver » (Priya).

De la même façon, savoir que d'autres personnes se font dépister peut encourager les autres à le faire, voir même à l'intégrer dans une routine.

« Ça peut devenir partie de la routine. Je sais que c'est comme ça que moi, j'ai commencé à faire ça, à me faire dépister plus régulièrement, parce que... Une de mes partenaires a fait, « ah ouais, moi, je me fais dépister ». « Ah ouais, je devrais faire ça quand même. » Et puis, ça m'a entraîné à ce que ça devienne une partie de ma routine. » (Simon)

Puis, le nombre de partenaires et les pratiques sexuelles sont d'autres éléments pouvant influencer la perception du risque et des besoins. Plus le nombre de partenaires sexuel·les est élevé, plus la perception du risque augmente ainsi que l'importance accordée au dépistage. Cet élément est plus fortement ressorti dans les discours des personnes appartenant à la communauté 2SLGBTQIA+, notamment parce que leurs configurations relationnelles se retrouvent plus souvent en-dehors de la monogamie (Balzarini et al., 2019).

« [Le polyamour] c'est une pratique, en fait, c'est une philosophie de vie qui revient et qui est très présente dans la communauté LGBT, et donc effectivement, c'est hyper important qu'on soit bien encadré·es au niveau de la santé pour être sûr qu'on ne transmet pas des choses à tout le monde. » (Ani)

Ainsi, les enjeux entourant les ITSS sont considérés comme très importants, puisque « plus de relations, ça veut dire plus de liens possibles de transmission et de risque. Donc, je trouve ça vraiment important d'en parler. » (Simon)

Une autre participante mentionnait également l'existence d'une certaine culture du sexe ou de *hook-up culture* dans les communautés 2SLGBTQIA+, où avoir une sexualité très active est valorisée, et ce, avec différent·es partenaires, d'où l'importance de se dépister et de se protéger. Être dans des relations non monogames consensuelles (NMC) amènerait donc une conscience du risque plus élevée et favoriserait des dépistages plus réguliers. Ce constat rejoint également d'autres études portant sur ces types de configurations relationnelles (Conley et al., 2012; Lehmiller, 2015)

De plus, le fait d'avoir de nouveaux partenaires serait une motivation à aller se faire dépister. Certain·es participant·es *queer* mentionnaient se faire dépister de manière systématique lorsqu'elles, ils et iels avaient de nouvelles fréquentations. De plus, une personne interrogée mentionne que dans des polycules⁷, l'arrivée de nouvelles personnes peut représenter l'occasion de faire un « reset » et d'aller se faire tester.

La non-monogamie consensuelle engendrerait donc des discussions ouvertes et fréquentes par rapport au dépistage, comparativement aux couples monogames exclusifs. En effet, dans ce type de configuration relationnelle, aller se faire dépister peut être interprété comme un signe de manque de confiance ou d'infidélité.

« On en parle parce que c'est moins un tabou du risque parce que ça ne veut pas dire que quelqu'un a triché sur quelqu'un d'autre, a trompé quelqu'un d'autre. » (Simon)

Les pratiques sexuelles influencent également le besoin ressenti à se protéger. Ainsi, avoir des relations sexuelles entre personnes assignées femmes à la naissance (AFAB) est considéré comme étant moins à risque que d'avoir des relations sexuelles avec des personnes ayant un pénis.

⁷ Le mot polycule fait référence au réseau de personnes qui sont, de près ou de loin, reliées par une relation amoureuse et/ou sexuelle (Veaux, Hardy et Gill, 2014).

« C'est une bonne question, pour être honnête, moi je fais du sexe qu'avec des personnes AFAB, donc je sais qu'on a beaucoup moins de risque de contracter des choses comparé aux personnes qui font du sexe avec des personnes qui ont un pénis. » (Ani)

De plus, pour les hommes gais, le dépistage est perçu comme plus fréquent, étant donné la prise de risque parfois plus élevée dans cette communauté.

« mais je sais que chez les hommes cis gais, c'est un sujet beaucoup plus fréquent, ils se font tester beaucoup plus souvent, en tout cas, des gens que j'ai autour de moi, je sais qu'ils se font tester beaucoup plus souvent et qu'ils ont beaucoup plus de risques. » (Ani)

Cette prise de risque est d'ailleurs liée à la hiérarchisation des ITSS présente dans les communautés 2SLGBTQIA+, tel que souligné dans l'extrait suivant.

« mais je sais que par exemple, sans vouloir faire de généralité, de cliché du côté des hommes cis, gai, en général il y a quand même pas mal de partenaires. Je sais aussi qu'il y a aussi souvent moins de précautions qui sont prises, mais il y a aussi d'autres choses qui existent, comme le PrEP etc. donc je sais que les précautions ne sont pas toujours prises par rapport [aux autres ITSS]. » (Ani)

Pour terminer, l'importance de la responsabilisation vis-à-vis de la prise en charge de sa santé sexuelle est un aspect central qui est ressorti des discours des participant·es des deux communautés. En effet, en ce qui concerne la santé sexuelle, les personnes interrogées soulignent la nécessité de « prendre en compte que ces décisions n'affectent pas seulement l'individu qui les prend, mais aussi toutes les personnes avec lesquelles elle est en relation » (Simon). Ainsi, le fait de se faire dépister régulièrement, d'utiliser des moyens de protection et d'être honnête apparaît comme une avenue envisageable pour améliorer la prévention de la transmission des ITSS. Cette responsabilisation viendrait notamment par la sensibilisation aux enjeux de santé sexuelle et par la prise de conscience que les conséquences ne sont pas seulement individuelles, mais « intersubjectives » (Soleil), voire collectives.

« Donc, c'est sûr que si on a une conscience des enjeux que peuvent entraîner tout ce qui se passe au niveau santé sexuelle, on est davantage sensibilisés. Donc, on souhaite aller se faire aider. Donc déjà, pour moi, la conscience... Ouais, la conscience de tout un chacun à prendre en charge sa santé sexuelle, pour moi, ça pourrait être un des facilitateurs. » (Soleil)

« Fait que je me dis si tout le monde faisait sa part, t'sais... On aurait... On aurait tous comme une immunité collective par rapport à ça. Pis ça serait de prévenir des situations dramatiques. » (Victor)

PERCEVOIR SON BESOIN ET DÉSIRER OBTENIR DES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE OU DES MOYENS DE PROTECTION POUR LE COMBLER

Déterminer l'acceptabilité des soins de santé sexuelle et des moyens de protection en fonction de leur représentation, de leur perception dans la communauté et du degré d'hostilité anticipé

UN SYSTÈME DE SANTÉ PERÇU COMME ÉTANT DISCRIMINATOIRE POUR LES PERSONNES 2SLGBTQIA+

Bien que Montréal soit reconnue comme une ville ouverte à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres, son système de santé est perçu comme étant hostile et discriminatoire pour les personnes *queer*, ce qui représente un frein important à aller vers les services de santé sexuelle.

« Well, I don't know, I can't speak for everyone, but I would know personally, it's the... Like, I know Montreal is very open-minded and there's a big queer community, but still it's... Out of the fear of judgment, lack of respect, lack of understanding. And it's sad to say there's a lot of hatred, too, from a lot of people.⁸» (Wackywoodzky)

« T'sais, le fait qu'on va souvent se faire dire les mêmes commentaires ou les mêmes choses quand on va consulter un professionnel de la santé. Ça fait qu'on se sent peut-être un peu stigmatisés, pis ça fait qu'il y a des gens peut-être qui vont éviter, justement, de faire ces... de prendre ces initiatives-là, d'aller consulter, d'aller faire des tests, de voir des professionnels, parce que malheureusement, ils ne vivent pas... Ils savent qu'ils peuvent probablement vivre des discriminations, pis des situations désagréables avec un professionnel de la santé. » (Victor)

La dernière citation met en lumière la réaction sous-jacente à cette barrière d'accès, soit l'évitement de la situation stressante, un mécanisme de défense bien répandu. Ce stress vécu par les personnes *queer* peut être lié au stress minoritaire (Meyer, 2003; Casey, 2019). En effet, avoir vécu des expériences stigmatisantes ou discriminatoires engendre un stress supplémentaire que les personnes s'efforcent de limiter, les amenant à éviter les endroits perçus comme présentant de potentiels stressseurs (Rosenberg et al. 2021). Ainsi, par peur de devoir faire face à de l'adversité, de la stigmatisation ou d'être traité·e avec peu de considération et de respect, certaines personnes préfèrent éviter d'aller consulter un professionnel de la santé.

Pour pallier cette barrière, certaines personnes soulignent l'importance d'afficher un soutien aux personnes appartenant aux communautés 2SLGBTQIA+; en plus de les faire sentir accueillies et respectées, cela contribuerait à abaisser l'appréhension vécue lorsqu'il s'agit d'utiliser les services de soins de santé sexuelle.

8 Traduction libre : « Bien, je ne sais pas, je ne peux pas parler pour tout le monde, mais je sais que personnellement, c'est... Comme, je sais que Montréal est très ouverte d'esprit et qu'il y a une grande communauté *queer*, mais reste que... C'est fait par la peur du jugement, le manque de respect, de la mécompréhension. Et c'est triste de dire qu'il y a beaucoup de haine, aussi, de la part de nombreuses personnes ».

« Pis de sentir, c'est ça, qu'on est plus les bienvenus pis que peut-être aussi dans la... Pas de faire de la publicité, mais que ça soit comme un peu indiqué, genre sur, mettons, les sites web des cliniques de juste comme qui sont vraiment *aware* de ce qu'on vit. Je ne m'attends pas nécessairement à tout ça, mais t'sais, je me dis, ça serait le *fun* au moins juste de sentir un genre de... Vous êtes vraiment bienvenus pis on est formés pour vous aider. [...] Mais je suis sûr que ça, ça pourrait aider à faire sentir que notre communauté, on est plus le bienvenu. Pis là, ça donnerait peut-être plus le goût justement d'aller faire ce qu'il faut. » (Victor)

« those those little [pride stickers] ... it's like a symbol, so those little symbols will help us. Like I know example when I see them, I feel really happy and I don't feel as scared as I always do. So then I continue as if I was continuing somewhere else as a normal, as a person not part of that community.⁹ » (Wackywoodzky)

Tel que nommé dans les extraits, le fait d'afficher des drapeaux 2SLGBTQIA+ ou de spécifier que le personnel est sensibilisé aux enjeux *queer* sont des gestes qui peuvent aider les personnes à avoir davantage confiance envers les services de santé. Toutefois, ces signes de soutien doivent réellement être faits dans le but d'améliorer l'accessibilité pour les communautés 2SLGBTQIA+, et non pas seulement pour l'image. Pour ce faire, plus d'efforts doivent être mis dans la sensibilisation et la formation du personnel ainsi que dans la recherche sur les enjeux vécus par les communautés 2SLGBTQIA+ peuvent vivre, pour que celles-ci se sentent plus en sécurité et satisfaites des services offerts en matière de santé sexuelle.

« To normalize it, I think they would have to be more... They would have to make it... They would have to bring more awareness. So whether it's the health department, at the clinics, the hospital, whatever it may be, they need to speak about it more, contribute more time and equipment to those things. More research, more understanding. And I think we would be... And then once they get all of that, they share it on social media. And then I think the queer community will be more content and more safe, feel more comfortable going to get a checkup regarding sexual health.¹⁰ » (Wackywoodzky)

DES NORMES CULTURELLES QUI FONT BARRIÈRE À LA RECHERCHE DES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE AU SEIN DES COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

Dans les communautés caribéennes, il existe une pression à toujours bien paraître et avoir l'air « parfait » aux yeux des autres. Ainsi, le fait d'aller consulter pour se faire dépister, surtout dans des organismes ciblant davantage des populations marginalisées, peut être vu comme « dévalorisant » et peut freiner une personne à aller utiliser ces ressources, tel qu'explicité dans les extraits suivants.

9 Traduction libre : « Ces petits autocollants de la Fierté... C'est comme un symbole, donc ces petits symboles vont nous aider. Par exemple, quand je les vois, je me sens très heureux et je n'ai pas autant peur qu'à mon habitude. Donc je continue mon chemin en tant que personne normale, comme si je n'appartenais pas à une autre communauté ».

10 Traduction libre : « Pour le normaliser, je pense qu'il faudrait qu'ils soient plus... Il faudrait en faire... Il faudrait qu'il y ait plus de sensibilisation. Donc soit il s'agit du système de santé, dans les cliniques, dans les hôpitaux, peu importe, il faut en parler davantage, y accorder plus de temps et plus d'équipements à ce genre de choses. Plus de recherche, plus de compréhension. Et je pense que nous serions... Et une fois qu'ils auraient tout ça, ils pourraient le partager sur les réseaux sociaux. Et là, je pense que la communauté queer serait satisfaite et plus en sécurité, se sentirait plus à l'aise d'aller faire un suivi en lien avec la santé sexuelle ».

« Un noir, ça veut toujours bien paraître. Ça veut toujours comme genre que quand quelqu'un parle de cette personne-là, du noir... C'est sûrement à cause de qu'est-ce qui s'est passé dans le passé là, l'esclavage genre. Ils veulent se valoriser.

[...]

Pis comme le fait d'aller dans [un organisme qui vient en aide aux personnes vulnérables et marginalisées], ça te dévalorise. [...] C'est pour ça que les genres d'ethnie comme ça, ils vont pas vraiment aller dans ces genres de trucs là parce qu'ils sont pas à l'aise. » (Moana)

Puis, de manière générale, aller voir le médecin est assez tabou, surtout pour ce qui a trait à la santé mentale.

« En vrai, il y a beaucoup de problèmes de santé dont on ne parle pas, ne serait-ce que la santé mentale, déjà. C'est énormément... bah caché, pas dit. Personne ne va chez le psychologue ou quelque chose comme ça [...] Donc, non, en vrai, tout ce qui est lié à la santé, en général, n'est pas beaucoup discuté. À part si tu t'es cassé un poignet, puis tu es dans le plâtre. Ah, qu'est-ce que tu t'es fait ? Bon, ça s'arrête là, la discussion. » (Priya)

De plus, aller voir un médecin peut parfois être vu comme « un truc de blanc », car les gens « ne vont pas au médecin tout court » à moins d'un incident grave. Il existe également un malaise à consulter, car cela nécessite de partager une intimité avec un étranger.

Ainsi, au-delà du tabou entourant la sexualité, il existe aussi un tabou et un certain malaise autour de la consultation pour sa santé globale chez les personnes caribéennes, qui peut prendre racine dans le passé colonial, notamment en ce qui a trait à la pression à projeter une bonne image de soi.

Naviguer une offre de service diffuse et variable en fonction de ses connaissances et de sa motivation à chercher les informations nécessaires

UNE MOTIVATION À RECHERCHER DES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE FREINÉE PAR LA PEUR ET LA GÊNE ET INFLUENCÉE PAR LES EXPÉRIENCES PASSÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Tel qu'abordé au début de la section des résultats, le tabou entourant la santé sexuelle dans les communautés caribéennes est une barrière importante à l'accès aux soins et aux moyens de protection. Cette barrière transparait de manière plus notable lorsqu'il s'agit d'entamer des recherches pour accéder aux services. En effet, plusieurs ont souligné que ce tabou entraîne une gêne ou un malaise à l'idée d'aller consulter et de rechercher de l'information.

« Je pense le côté tabou, déjà. On ne sait pas comment en parler, comment demander, à qui aussi, du coup. [...] on a aussi peur, peut-être, d'aller demander... » (Priya)

« Il y a aussi la honte aussi. Le côté tabou, le côté réservé. Le côté... Alors, ce n'est peut-être pas réservé que je cherche... Intimité... Le côté pudique. Voilà! En tout cas, le côté un peu pudique de la chose, d'aller chercher des soins, sur la question de la sexualité, en sachant qu'il y a des questions qui pourraient être posées, etc., qui pourraient être malaisantes. » (Soleil)

De la peur peut également être ressentie à l'idée d'aller consulter pour un dépistage, et ce, pour les deux communautés. En effet, la peur de recevoir un diagnostic positif est fortement ressortie comme étant un frein à aller se faire dépister.

« Je pense que les gens ont un peu peur de savoir la réponse aussi parce qu'au moment où tu l'as, là, c'est autre chose. Là, il faut que tu... Il faut que tu prennes des médicaments. À chaque fois que tu le fais, il faudra que tu préviennes la personne. Il faut que tu contactes les gens avec qui tu l'as été. Je pense qu'on est un peu dans le déni aussi. » (Alyssa)

« Elle avait peur d'avoir la réponse aussi et de pouvoir être stigmatisée, d'avoir peur d'avoir la réponse, de se dire qu'on a telle ou telle maladie. Je pense notamment à une amie, c'est ça, elle ne veut pas savoir la vérité. » (Soleil)

Cette peur semble alimentée par la stigmatisation entourant les ITSS ainsi qu'aux conséquences reliées à un diagnostic positif. Certaines personnes préfèrent donc rester dans le déni, pour ne pas avoir à confronter l'éventualité d'avoir une réponse positive.

Toutefois, ces appréhensions liées au dépistage semblent être atténuées lorsque la personne a vécu une première bonne expérience et quand le processus est connu.

« C'est assez, ça me fait toujours un petit peu d'anxiété d'aller chez le médecin ou des choses semblables, mais c'est assez neutre. Surtout maintenant que je sais comment leur système fonctionne. » (Simon)

Ainsi, avoir déjà franchi le pas en allant se faire dépister une première fois peut être un facilitateur à y retourner. Au contraire, lorsque l'expérience est négative, voire traumatisante, l'anxiété ressentie est alors amplifiée, augmentant de ce fait la probabilité que la personne évite de consulter, malgré qu'elle en ressente le besoin.

Malheureusement, le risque de subir une expérience négative au sein du système de santé est davantage présent pour les populations marginalisées, étant donné les préjugés et la stigmatisation auxquels elles doivent faire face (Meyer, 2003). Ce constat est appuyé par les propos des participant-es, où, en parlant des personnes de la communauté 2SLGBTQIA+, Ani mentionne qu'« on a tous et toutes des expériences où on a été mis mal à l'aise ou jugé ou stigmatisé par des personnes du corps médical ». Une autre participante caribéenne rapporte que sa cousine a vécu un « cauchemar » lors de la pose de son stérilet, car les professionnel·les de la santé étaient « insensibles » à ses douleurs, concrétisant ses appréhensions de subir un préjudice à cause du préjugé concernant les femmes noires et leur tolérance à la douleur.

Ces événements accumulés, qu'ils soient vécus personnellement ou par un·e proche, renforcent l'appréhension ressentie face à l'idée de consulter, augmentant la probabilité qu'une personne évite d'utiliser les services de soins de santé sexuelle. Ce constat s'aligne avec la théorie du stress minoritaire et peut nuire à la santé globale de ces individus.

UNE NAVIGATION À TRAVERS L'OFFRE DE SERVICE QUI VARIE SELON LES COMMUNAUTÉS

Différents moyens sont déployés pour rechercher des services en santé sexuelle adaptés à ses besoins. Ainsi, une majorité recherche sur internet et les réseaux sociaux, mais plusieurs utilisent les

recommandations des proches et celles des professionnel·les de la santé ou encore d'organismes. Pour la communauté 2SLGBTQIA+, il existe également des listes de professionnel·les de la santé ou d'endroits considérés comme *queer friendly* qui sont régulièrement distribuées à travers les forums ou les groupes de pair-es.

Cependant, une certaine difficulté à se retrouver parmi les informations disponibles est fortement ressortie auprès des communautés caribéennes.

« Je ne sais pas comment prendre le rendez-vous. Il y a plein d'informations. Ce n'est pas les mêmes mots ici par rapport à là-bas. Ici, c'est ITSS. Nous, c'est IST et MST. Après, ici, je suis allée une seule fois me faire dépister. Et j'habite ici depuis un moment. Mais parce que je ne sais jamais comment prendre le rendez-vous parce que je trouve que c'est compliqué. Parce que je ne suis pas non plus allée, on va dire, peut-être aux bons endroits pour avoir l'information. Je suis juste allée sur internet. Puis, je me suis dit, c'est compliqué, j'abandonne. » (Priya)

« Je trouve que les sites ne sont pas forcément clairs, parce que le vocabulaire n'est pas forcément adapté à des personnes qui n'ont aucune connaissance. » (Anna)

« Par exemple, moi, ça faisait longtemps que je voulais faire un dépistage et autres de routine. Et je ne savais vraiment pas où aller. Je regardais sur internet, mais je trouve qu'il y avait des choses qui étaient dites, mais on ne savait pas si on pouvait y avoir accès, RAMQ, pas RAMQ. En tout cas, je trouve que c'était assez compliqué. » (Soleil)

À travers les extraits précédents, il est possible d'identifier certains éléments venant expliquer les difficultés rencontrées lors des recherches. Ainsi, le manque de connaissances par rapport au vocabulaire lié à la santé sexuelle peut compliquer la recherche de soins ou tests plus spécifiques. De plus, les termes utilisés au Québec ne sont pas toujours les mêmes que ceux employés dans le pays d'origine des personnes. Enfin, l'offre de services assume généralement que les patient·es sont couvert·es par la RAMQ; les informations disponibles en ligne semblent ainsi fournir peu d'indications sur l'accès aux ressources selon le statut de couverture.

Certaines avenues sont proposées afin de faciliter la recherche à travers l'offre de service; entre autres, les participant·es proposent que les médecins de famille initient des conversations sur les différents services offerts, que les gens soient encouragés à parler de leurs propres expériences de dépistage et que l'information au sujet des soins de santé sexuelle soit intégrée aux cours d'éducation à la sexualité.

DES CONNAISSANCES LIMITÉES PAR RAPPORT AUX DIFFÉRENTS SERVICES OFFERTS EN SANTÉ SEXUELLE

Lorsque les participant·es ont été questionné·es sur les services de dépistage qu'elles, ils et iels connaissent, plusieurs ont mentionné en connaître au moins un, mais peu en connaissent plus.

« Je sais qu'au Village, il y a un endroit, un endroit pour se faire dépister gratuitement. Récemment, avec mes problèmes vaginaux, j'ai cru comprendre qu'il y avait un endroit pour les personnes des minorités, mais je ne me rappelle plus exactement. [...] Mais sinon, à part ces deux-là, moi, j'avoue que... Et même en ayant cherché, en fait, j'ai pas entendu. J'ai pas entendu parler de beaucoup d'endroits. » (Anna)

« Intervenante : Tout à l'heure tu m'as parlé de Prélîb; est-ce que tu connais d'autres services de dépistage ?
Participant-e : J'en connaissais, mais honnêtement c'est juste lui que je me sers donc j'ai oublié tout le reste. » (Simon)

Enfin, lorsque questionnée à savoir si elles connaissaient les autotests de dépistage du VIH, une seule personne (sur 14) a répondu par l'affirmative. Ce type de service semble donc méconnu, même pour les populations ciblées par celui-ci.

RECHERCHER DES SOINS EN SANTÉ SEXUELLE OU DES MOYENS DE PROTECTION ADAPTÉS À SES BESOINS

Constater que la disponibilité des soins de santé sexuelle et des moyens de protection n'est assurée que dans certains contextes

Pour grande une majorité des personnes rencontrées, les condoms externes sont considérés comme facilement accessibles, notamment puisqu'ils sont vendus dans les grandes surfaces, comme les pharmacies. Toutefois, certain-es soulignent que l'offre de moyens de protection devrait davantage être diversifiée. De plus, plusieurs proposent d'améliorer leur accès dans l'espace public, par exemple en les rendant plus facilement accessibles dans les toilettes publiques, les bars et les écoles.

Les soins reliés à la santé sexuelle, quant à eux, sont considérés comme difficiles d'accès dès lors qu'une personne n'a pas de médecin de famille. Cette porte d'entrée dans le système de santé québécois ressort comme étant un élément crucial pour accéder aux soins.

« Dans le sens où les soins, de façon générale, de la santé sont difficiles d'accès, il est nécessaire d'avoir un médecin de famille ou autre. » (Soleil)

« Je trouve qu'il y a beaucoup d'étapes pis il y a beaucoup d'enjeux pour quand on n'a pas de médecin de famille, c'est tellement compliqué de voir un médecin. » (Victor)

Qui plus est, avoir accès à un médecin de famille semble difficile (surtout lorsque la personne est immigrante), alors que ce lien privilégié avec un-e professionnel-le de la santé apparaît comme une piste intéressante pour accéder à des soins plus adaptés aux besoins des personnes.

« Je connais très peu de personnes qui ont des médecins de famille. Donc, il n'y a pas non plus le lien de confiance avec quelqu'un qu'on pourrait avoir quand on les voit plus régulièrement. » (Simon)

« [...] pour avoir un médecin, c'est super difficile, surtout quand on est étranger. » (Anna)

Au contraire, les participant-es ayant accès à un médecin de famille mentionnent qu'il s'agit d'une porte d'entrée plus directe vers les prises de sang et les prélèvements.

Pour pallier cette faille du système, certain-es proposent d'« amener les dépistages dans les endroits communautaires, comme les clubs, bars, journées communautaires de fierté, s'il y a des centres communautaires LGBT » (Ani) et « d'avoir d'autres formes d'accès » (Simon), tels que la présence d'infirmierie à l'école.

« avoir une infirmière à l'école, qui t'offre ces opportunités, ça aide; c'est quelque chose que, comme tu sais, tu peux y aller sans jugement. » (Alyssa)

Un autre corridor apprécié consiste à avoir une assurance travail qui offre un service d'accès en ligne aux professionnel·les de la santé.

« Je trouve que quand on a une assurance avec le travail, peu importe, là, ça va. Tout de suite, ça va plus vite. Moi, dans mon cas, avant d'être... Enfin, maintenant, je travaille et j'ai accès à Dialog. Et là, par contre, avec Dialog, c'est quand même beaucoup plus rapide. Dans l'heure, on peut avoir accès à une consultation avec une infirmière ou quoi. Et elle va souvent... En tout cas, moi, dans mon cas, elle m'avait redirigée vers une clinique. Donc, ça... Oui, c'était quand même assez facile avec le travail. Et l'application Dialog, vraiment, c'est une très bonne chose. Comparé, justement, à la France où on n'a pas forcément ça. Ouais c'est vraiment pas mal. » (Anna)

Toutefois, lorsqu'une personne se retrouve dans une situation où elle n'a pas accès à un médecin de famille, qu'elle a terminé ses études et n'a pas d'assurance travail, l'accès est alors considérablement réduit.

Puis, par rapport à la disponibilité et à la rapidité pour la prise de rendez-vous, les cliniques de dépistage semblent beaucoup plus appréciées que les hôpitaux.

« I ended up going back in May, as I said, but I didn't go to the hospital. I went to the clinic, and it was much faster than the hospital.¹¹ » (Wackywoodzky)

« Je vais pouvoir prendre un rendez-vous en ligne assez rapidement [chez Prélis]. Ça aussi, ça aide. [...] Il y a beaucoup de plages horaires de disponibles en général. On peut souvent les faire en genre une ou deux semaines après la prise de rendez-vous » (Simon)

Ainsi, l'offre des cliniques spécialisées dans les soins de santé sexuelle est appréciée, facilite la prise de rendez-vous et diminue le temps d'attente, puisqu'elles sont dédiées à cette offre de service dans le système de santé.

Cependant, le manque de disponibilité en dehors des heures de travail régulières est souligné par certain·es et la prise de rendez-vous peut prendre du temps lorsqu'une personne passe par ClicSanté¹². En effet, une participante rapporte avoir attendu 3 semaines avant de pouvoir avoir une disponibilité sur ClicSanté et mentionne que ce manque de disponibilité pourrait freiner une personne à aller vers le service.

Enfin, la possibilité de prendre un rendez-vous en ligne est soulignée comme pouvant être un facilitateur, notamment pour les personnes anxieuses à l'idée de faire des appels téléphoniques. Toutefois, dans le cas où il s'agit de la seule possibilité offerte, cela peut amener une complication dans le processus : les systèmes en ligne ne sont parfois « pas très simplifiés » (Victor) et « des fois, ça ne fonctionne pas tout le temps bien » (Victor). En effet, concernant ClicSanté, une autre

¹¹ Traduction libre : J'ai fini par retourner en mai, comme j'ai dit, mais je ne suis pas allé à l'hôpital. Je suis allé à la clinique, et c'était vraiment plus rapide qu'à l'hôpital ».

¹² ClicSanté est un site permettant la prise de rendez-vous auprès de plusieurs établissements en santé (ex. : pharmacie, hôpitaux, CLSC, etc.)

participante dénonce le fait que les disponibilités inscrites sur le site ne correspondent pas toujours aux disponibilités réelles dans les différents points de service.

Devoir s'organiser et investir temps et énergie pour accéder aux soins de santé et aux moyens de protection

L'organisation nécessaire pour parvenir à atteindre les soins de santé sexuelle demande du temps et de l'énergie, et cela peut freiner, voire décourager, certaines personnes à aller vers les services, surtout lorsque ces derniers sont considérés comme non essentiels (par exemple, un dépistage de routine).

« Je trouve que c'est quand même, même si c'est gratuit, c'est quand même un long processus. Si je sais que j'allais à l'hôpital, je dois réserver toute une journée, puis je dois y aller tôt le matin, puis ne rien avoir à faire le soir. Il y a beaucoup de gens, puis on va dire, si ce n'est pas assez prioritaire c'est sûr que tu vas attendre plus longtemps, ça fait du sens, oui, mais ça fait en sorte que tu as un peu plus de temps et si tu n'as pas une journée de libre ou que tu as quelqu'un qui a beaucoup de choses à faire, des fois, c'est dur de trouver une journée complète pour quelque chose qui est non prioritaire, on va dire, parce que tu sais que tu vas attendre assez longtemps. » (Alyssa)

Le temps et l'énergie déployés vont dépendre également du contexte dans lequel la personne se retrouve. C'est d'ailleurs un point important soulevé par un·e participant·e, qui a rencontré plusieurs difficultés à avoir accès à un dépistage gratuit, n'ayant pas de RAMQ, étant âgé·e de plus de 25 ans (et donc inadmissible aux cliniques jeunesse) et se retrouvant dans une situation financièrement tendue.

« J'ai passé au-dessus d'un mois, j'ai dû passer au total une vingtaine d'heures, à appeler toutes sortes de ressources qui n'allaient pas me facturer 300\$ pour me faire tester » (Ani)

Malgré tout ce temps investi, Ani n'a pas pu trouver une solution « valide »; la seule manière qu'il a trouvée pour accéder au dépistage est de mentir en indiquant être travailleur du sexe, ce qui le gêne et qu'il considère comme un non-sens. Cette situation met la lumière sur certaines failles du système de santé, particulièrement lorsqu'une personne se situe à l'intersection de plusieurs barrières d'accès. De plus, pour avoir accès à des services spécialisés ou sensibilisés aux enjeux de sa communauté, le temps et l'énergie déployés peuvent être plus élevés, étant donné l'offre de service réduite.

Enfin, certaines personnes ont mentionné avoir de la difficulté à concorder leurs horaires avec les disponibilités offertes, notamment pour les sans rendez-vous. Cette difficulté peut être davantage présente pour les personnes travaillant temps plein et de jour.

ACCÉDER AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET AUX MOYENS DE PROTECTION

Ne pas considérer les soins et les moyens de protection comme abordables pour tout le monde

Les coûts reliés aux dépistages sont variables selon le contexte social dans lequel la personne se situe et selon l'endroit où cette dernière désire se faire dépister. Le choix de l'endroit est d'ailleurs influencé par les recherches effectuées préalablement. Alors que certaines options sont gratuites, cette gratuité est parfois limitée par certains critères, soit l'âge, la population visée par l'offre de service et la couverture d'assurance collective. Plusieurs ressources gratuites deviennent donc payantes pour les personnes non éligibles à la RAMQ. Les coûts tournent autour de 100\$ à 300\$ selon ce qui a été recueilli lors des entrevues; en effectuant quelques recherches sur les différents sites qui offrent des services, cette fourchette de prix peut aller parfois jusqu'à 450\$, dépendamment des tests effectués. Ces coûts sont donc non négligeables, surtout pour des personnes dans des situations financières plus tendues.

« si j'avais les moyens je payerais les 300\$, mais là je suis étudiant, je n'ai pas de travail, je n'ai pas les 300\$ pour me faire tester, ça aucun sens. » (Ani)

De plus, pour les personnes non couvertes par la RAMQ, il est souvent nécessaire de prendre des assurances privées, mais elles sont considérées comme étant limitatives et très coûteuses.

« Ce qui fait que je n'ai pu de numéro social français depuis 10 ans ce qu'il fait que je ne suis pas éligible à la RAMQ puisque je n'ai pas de lien entre la France et le Québec. Donc j'ai une assurance privée qui me coûte une fortune et qui ne sert à rien puisqu'ils ne répondent jamais à aucun de mes appels et en plus ils ne couvrent pas les dépistages préventifs. » (Ani)

L'offre d'assurance maladie alternative à la RAMQ ne permet donc pas de répondre aux besoins spécifiques des personnes, notamment puisqu'ils ne couvrent pas les dépistages préventifs, alors que l'utilité première de ces tests est de prévenir la transmission. Certains enjeux peuvent également survenir si une personne est toujours assurée par sur l'assurance de ses parents, car ce-tte jeune n'a pas d'anonymité concernant sa santé sexuelle. Une participante fait d'ailleurs le parallèle avec la contraception orale d'urgence en mentionnant qu'il s'agit d'une barrière supplémentaire.

« Je pense que déjà, pour les plus jeunes, c'est aussi que le prix, par exemple, moi, un plan B, ça me coûtait 40, 50 dollars parce que je n'avais pas les assurances ou bien il y a ma mère qui a des assurances, mais je ne voudrais pas que ça aille sur le dossier. » (Alyssa)

Ainsi, plusieurs s'accordent sur le fait que l'offre de services liés aux soins de santé sexuelle, comme le dépistage ou les moyens de protection, devrait être gratuite et/ou qu'il devrait y avoir un certain soutien financier pour les personnes plus défavorisées par le système.

« Et aussi, sur le côté financier, comme j'ai dit plus tôt, il faudrait les soutenir financièrement. Moi, j'ai une amie qui ne travaillait pas et qui n'a pas accès au système de santé général. Et elle a dû payer je ne sais pas combien de dollars pour faire un test. Il faudrait qu'on puisse les aider financièrement parce que ça reste quand même un coût, même au niveau de la pilule. Le dépistage, comme j'ai dit, ça coûte cher aussi. » (Anna)

« S'il y a avait eu un stand avec une infirmière qui faisait des dépistages gratuits tout de suite, je l'aurais fait par exemple. C'est le genre de truc, ça serait un facteur pour me faire dépister immédiatement ça c'est certain, et qui ait d'autres, en fait il faudrait qu'il y ait d'autres ressources qui proposent ça gratuitement. » (Ani)

« Même si on parle au niveau économique, ça coûterait tellement moins au niveau de la santé publique si tu veux faire des dépistages gratuits que de devoir traiter des affaires parce qu'on n'a pas su et qu'il y a eu plus de transmission dans la communauté. Donc, ça devrait être gratuit. » (Simon)

Avoir de la difficulté à payer les frais liés aux moyens de protection et aux soins de santé sexuelle à cause d'une situation financière précaire et/ou de l'inaccessibilité à la RAMQ

Plusieurs nomment être conscient·es que les coûts associés aux moyens de protection et aux dépistages ne sont pas accessibles pour tout le monde.

« Dans les cliniques privées ou encore les préservatifs, tout le monde n'a pas forcément les moyens, je pense, de se fournir. » (Anna)

« C'est ça, je pense aussi que ça devrait être gratuit, parce qu'il y a beaucoup de gens, comme moi en ce moment, financièrement c'est vraiment tendu, si je devais acheter des préservatifs, pour chaque rapport sexuel que j'ai, ça me coûterait quand même assez cher en ce moment. » (Ani)

« Genre, 15 piastres [pour des tests de dépistage chez Prélis pour les personnes avec RAMQ], ce n'est pas beaucoup pour moi. Mais il n'y a pas tout le monde qui a ça. Et j'en suis très conscient. » (Simon)

Ainsi, être dans une situation financière plus difficile ou précaire peut être un obstacle à accéder aux moyens de protection et aux dépistages. De plus, lorsque cette barrière est combinée au fait de ne pas être couvert·e par la RAMQ, l'accessibilité aux soins de santé sexuelle est alors grandement réduite, comme le démontrent les extraits suivants.

« Bien, des fois, c'est ça, il y a des soins qui sont pas couverts aussi par la RAMQ. Mettons, c'est ça, il y a des gens qui sont déjà dans la précarité pis qui sont susceptibles de vivre de la précarité économique pis qui n'arriveront pas à subvenir à leurs besoins avec ces frais-là en plus. Fait que c'est sûr que ça rend ça encore plus... T'sais, même si la personne est au courant qu'elle a peut-être de quoi, c'est comme stressant. « Ah, fuck, je vais-tu avoir des frais, des trucs à payer en plus? ». » (Victor)

« En fait c'est vraiment quelque chose d'hyper compliqué, en plus moi je suis un cas particulier, mais par exemple dans ma classe à l'école où je suis, il y a plein de gens qui ne sont pas originaires de la France, c'est-à-dire aussi des étudiants internationaux, qui n'ont certainement pas accès à la RAMQ et qui ont certainement le même problème que moi s'ils ont des partenaires multiples et ils veulent se faire dépister. Donc je pense qu'il y a quand même un pourcentage de personnes à Montréal énorme qui sont dans la même situation que moi et qui ne se font pas tester parce qu'ils n'ont pas accès à des ressources gratuitement. » (Ani)

UTILISER LES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET LES MOYENS DE PROTECTION POUR RÉPONDRE À SES BESOINS

Mesurer l'adéquation des services reçus en lien avec le besoin perçu

APPRÉCIER LA RAPIDITÉ ET L'EFFICACITÉ DES SOINS À TRAVERS L'OFFRE DE SERVICES DES CLINIQUES SPÉCIALISÉES

De manière générale, avoir un dépistage rapide semble contribuer à avoir une bonne expérience. En effet, plusieurs personnes ont exprimé que leur expérience était positive : « ça s'est très bien passé, c'était rapide »; « c'était plus rapide alors c'était une bonne expérience ». Certain-es ont également souligné avoir apprécié recevoir les résultats rapidement, ce qui facilitait le processus.

Cette rapidité se retrouve fréquemment dans les cliniques spécialisées, étant donné leur offre de service entièrement dédiée aux soins de santé sexuelle. Par conséquent, elles mettent en priorité les dépistages et autres enjeux connexes.

« Moi, je me sers souvent de Prélis parce que... genre, c'est facile, c'est assez rapide. [...] Donc, j'arrive cinq minutes à l'avance je clique sur toutes les petites affaires pour dire que je suis là. J'attends souvent pas très longtemps. » (Simon)

« Fait que je trouve ça le fun pour ça que [la clinique L'Actuel], j'ai comme la certitude que je peux avoir un test de dépistage rapidement pis que quelqu'un va me répondre. Ils prennent ça au sérieux quand tu leur dis aussi que tu as été en contact avec quelqu'un qui ne s'est pas protégé, mettons. [...] Ils vont te mettre en priorité. Ils prennent ça comme une urgence. Je trouve ça le fun. » (Victor)

INVESTIR LES RESSOURCES APPROPRIÉES ET OFFRIR UN SUIVI À LONG TERME LORS D'UN DIAGNOSTIC POSITIF AFIN DE RÉPONDRE ADÉQUATEMENT AU BESOIN

Un manque de considération et de temps est parfois vécu ou perçu

Dans le modèle de Levesque et al. (2013), un aspect lié à l'adéquation concerne l'ampleur des ressources investies pour déterminer la problématique et le traitement envisagé. En lien avec cet élément, un manque de considération et de temps transparaît à travers les témoignages recueillis.

« I: He never asked you about your sexuality?

P: No. He randomly asked me if I'm sexually active. It's either a yes or a no. If it's a yes, okay, then we just do a blood test and that's it. But never anything else.

I: Okay.

P: So I don't find it very accessible, but it should be. Regarding the screening, it should be more accessible. I've never known about it.¹³ » (Wackywoodzky)

¹³ Traduction libre : « I : Il ne t'a jamais questionné sur ton orientation sexuelle ? P : Non. Il m'a aléatoirement demandé si j'étais sexuellement actif. C'est soit un oui ou un non. Si c'est un oui, ok, alors on fait juste un test sanguin et c'est tout. Mais jamais rien d'autre. I : Ok. P : Donc je ne trouve pas cela très accessible, mais ça devrait l'être. Concernant le dépistage, ça devrait être plus accessible. Je n'ai jamais été au courant de cela. »

« En tout cas, moi, j'ai ressenti ça souvent, mais j'ai eu l'impression que j'allais pas avoir le bon traitement. Parce qu'on veut comme pas me toucher. Il faut que ça aille vite. Pis j'ai peur d'être comme traité pour la mauvaise affaire, t'sais, à cause que la personne, elle veut se débarrasser de mon cas, t'sais, le plus vite possible. » (Victor)

Ce manque de temps accordé à discuter de dépistage et de santé sexuelle nuit à la compréhension des personnes par rapport aux enjeux liés aux ITSS et au processus du dépistage. De plus, il ne permet pas de monter un plan de traitement et de soins adaptés à la personne, puisqu'aucune question spécifique n'est posée sur les pratiques sexuelles de celle-ci. Enfin, le dernier extrait démontre une certaine violence lorsque la personne perçoit que les professionnel·les de la santé ne désirent pas le toucher et veulent « se débarrasser de son cas ». Ce manque de considération, voire de respect, peut grandement affecter la personne et semble même l'amener à douter du diagnostic posé à son égard.

Enfin, le débordement que subit le système de santé semble affecter la relation entre patient·es et professionnel·les. En effet, certaines personnes considèrent que le corps médical peut manquer d'empathie et de considération étant donné le volume de patient·es qu'il doit rencontrer.

« Donc, ça peut être juste... Je sais pas si c'est parce qu'ils rencontrent beaucoup de gens qu'ils connaissent pas vu que c'est du sans rendez-vous, mais je pense que c'est le manque de sensibilisation. Je trouve qu'ils sont tellement habitués de voir tellement de gens que finalement, ils sont moins sensibles au cas qu'ils leur aient apporté. » (Nounou)

« Je pense que les personnes du corps médical perdent [de l'empathie] avec le temps, parce que quand tu es confronté à ça toute la journée j'imagine que oui au bout d'un moment tu n'as plus la même sensibilité. » (Ani)

Le système public de santé est même perçu comme un endroit où il est possible de se « faire envoyer balader [...] parce qu'ils n'ont pas le temps » (Soleil). Ainsi, en plus d'affecter négativement la perception qu'ont les utilisateur·rices du système de santé, la pression exercée sur le personnel médical a pour effet d'appauvrir les échanges avec leurs patient·es et l'expérience générale de ces dernier·ères.

Le besoin d'un suivi à long terme est ressenti

Le besoin d'offrir un suivi à long terme lorsqu'une personne reçoit un diagnostic positif est également fortement ressorti. En effet, plusieurs participant·es soulignent l'importance d'offrir un accompagnement à la suite d'un diagnostic, afin de soutenir la personne à travers les diverses émotions difficiles qui peuvent être vécues.

« donc pour moi un accompagnement sur tout le long du traitement est nécessaire des débuts à la fin et non pas un appel pour dire qu'on a une ITSS, une prescription pour prendre un médicament et bisous bye (rires). Enfin en tout cas genre en mode on est laissé. Pour moi il y a vraiment un suivi à faire et même après que le traitement soit terminé pour pouvoir continuer de sensibiliser pour comprendre comment la personne se sent, et ainsi de suite qu'est-ce qu'elle a appris de ça. » (Soleil)

« Je pense que ça pourrait être pas mal d'avoir un thérapeute ou un sexologue, un psychologue affilié à chaque centre et avoir des suivis un peu et au moins des redirections si on voit que la personne n'est pas forcément bien, ben, la rediriger vers un, je sais pas moi, un centre d'aide ou un autre psychologue pour qu'elle puisse en parler, etc. » (Anna)

« Parce que, t'sais, le VIH, mettons, c'est *big*. Quand t'apprends que t'as ça, c'est difficile, pis ça peut vraiment engendrer une dépression, pis des problèmes aussi de santé mentale, parce que la personne peut se sentir... ça peut être ravageur. Fait que, t'sais, juste de sentir au moins que t'es pris en charge, pis que qu'il y a des professionnels qui t'sais, comme des psychologues spécialisés ou t'sais, juste comme de sentir qu'il y a un genre de programme pour aider ces gens-là, pas juste comme on t'annonce que t'as ça, pis arranges-toi après, t'sais, c'est comme... Ça pourrait vraiment changer de quoi, là. » (Victor)

Tel que souligné dans certains extraits, ce suivi pourrait être offert par des psychologues ou des sexologues affilié-es au centre, à l'institut ou à l'organisme. Il serait donc complémentaire à l'offre de services reliée au dépistage. Ce suivi pourrait également prendre la forme de groupe de soutien. Cette avenue aurait l'avantage de pouvoir être réalisée par et pour les gens des communautés et permettrait de libérer la parole sur les enjeux spécifiques que ces personnes peuvent vivre.

« I : Qu'est-ce qui pourrait se faire pour mieux accompagner, traiter, soutenir les personnes caribéennes qui ont reçu un diagnostic positif d'ITSS?

P : [...] Les groupes de soutien, ça pourrait être vraiment pas mal parce que, ben, on parle avec des personnes qui ont des problèmes similaires. Euh... Ça peut être vraiment pas mal. » (Anna)

« So just like how there's like AA meetings for people with alcohol addiction and other addictions they should have moral support groups for the queer community especially when they get a certain... when they're stuck in a certain situation as we're talking about now. That's the most important thing is showing support and helping them get through it and then guiding them to take the right steps.¹⁴ » (Wackywoodzky)

POUVOIR BÉNÉFICIER D'ESPACES ANONYMES, ACCUEILLANTS ET SÉCURITAIRES EST ESSENTIEL POUR AMOINDRIR LES BARRIÈRES D'ACCÈS

Selon ce qui est ressorti des entrevues, les espaces pouvant procurer un certain anonymat et un sentiment que « [c'est] privé » sont appréciés.

« Je dirais que c'est une bonne option [Prélib]. Surtout parce qu'il y a... on ressent un peu qu'il y a une certaine anonymité; on a vraiment l'impression que c'est comme assez anonyme, ça c'est bien. » (Simon)

¹⁴ Traduction libre : « Donc juste comme il existe des réunions AA pour les personnes qui ont une dépendance à l'alcool et d'autres dépendances, elles devraient avoir des groupes de soutien pour la communauté queer, spécialement quand elles ont un certain... quand elles sont prises dans une certaine situation comme celle dont on parle maintenant. La chose la plus importante est de démontrer du soutien et de les aider quand elles passent à travers et ensuite de les guider vers les bonnes étapes. »

L'anonymat permettrait également de diminuer la gêne qui peut être ressentie à aller consulter pour se faire dépister. Ainsi, dans un contexte social où la densité de population est plus importante, comme à Montréal, demeurer anonyme est plus facile, ce qui peut encourager une personne à accéder à ces soins.

« Parce que dans les îles, surtout dans la Caraïbe, ce sont des petites îles, donc en général, on dit souvent que tout le monde se connaît, même si ce n'est pas vrai, mais il y a quand même une proximité, souvent. On peut faire des liens avec les gens, etc. Ici, j'avoue qu'il y a plus d'anonymat. Donc ça, c'est plus facile parce qu'on a souvent... On est souvent moins gêné-es, en fait, d'y aller. » (Soleil)

Un autre moyen souligné comme pouvant diminuer la gêne ressentie consiste à localiser le service de dépistage dans un immeuble abritant différents types d'organismes ou de bureaux. Ainsi, il est plus difficile d'identifier qu'une personne qui entre dans l'immeuble y vient pour se faire dépister.

Enfin, avoir des locaux « confortables », utiliser une technologie moderne et se situer dans des zones « acceptables » sont également des points soulignés comme améliorant l'expérience de dépistage et favorisant l'accès, car « tu [ne] vas pas tant dans une place que tu te sens pas confortable. » (Moana)

FAIRE FACE À DES ATTITUDES BIAISÉES ET DISCRIMINATOIRES ET À UN MANQUE DE CONNAISSANCES FLAGRANT SUR LES RÉALITÉS PROPRES AUX COMMUNAUTÉS CONSTITUE UNE BARRIÈRE MAJEURE À L'ADÉQUATION DES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE

Au niveau structurel et organisationnel

Au niveau structurel et organisationnel, une barrière spécifique aux personnes trans a été mise de l'avant de la part d'un participant. Elle concerne le manque d'inclusivité dans les formulaires. En effet, bien souvent, il n'est pas possible d'y inscrire son nom préférentiel; pour plusieurs personnes trans, le prénom choisi ne figure pas non plus sur leur carte d'identité, étant donné les coûts et l'investissement reliés à de tels changements.

« J'aimerais aussi qu'il y ait quelque part, par exemple si on va interagir avec quelqu'un, où écrire le nom qu'on préfère parce qu'il n'est pas forcément le même prénom qu'il y a sur notre carte RAMQ. Ça peut être très long et coûter cher quand même de changer le nom même chose pour le genre et les pronoms. Juste comme ça juste d'inclure ça dans le *intake* pour que ça soit facile et qu'ensuite les professeurs le regardent et ça ne soit pas juste « ah ouais t'as un F sur ton sur ton affaire ». » (Simon)

Le même participant souligne également l'importance d'utiliser un langage précis dans les formulaires, pour que l'information transmise soit davantage pertinente aux tests qui doivent être passés. Il met en lumière l'incongruité de demander seulement l'identité de genre des personnes impliquées dans les relations sexuelles, puisqu'elle n'est pas garante de la manière dont « les fluides sont transmis » (Simon). De plus, l'intégration d'un langage inclusif par rapport à la diversité sexuelle et de genre peut parfois mener à davantage de confusion et « c'est beaucoup moins précis » (Simon).

« Je trouve que le langage précis ça serait beaucoup plus utile et parce que genre il y a des choses c'est pas... Pour au niveau de la santé sexuelle, l'identité de genre de la personne avec qui je couche n'est pas importante, c'est les façons dont les fluides sont transmis c'est ça donc j'aimerais que ça soit beaucoup beaucoup plus clair et précis.
[...] quand on parle de genre, il y a des fois où la question c'est je me suis déjà fait posé la question est-ce que je couche avec des hommes et la réponse est non, mais en fait la question c'était est-ce que tu couches avec des personnes qui ont des pénis et puis là la réponse c'était oui et puis c'était aussi le genre, etc. Ça, c'était des questions importantes, mais c'est pas les questions qui ont été posées. » (Simon)

Enfin, il considère que ces changements pourraient faire « une grande différence dans l'accès aux soins » (Simon), puisqu'ils permettent de diminuer l'appréhension ressentie par les personnes trans à aller vers le système de santé.

Puis, dans une optique davantage structurelle, plusieurs s'accordent pour dire qu'il serait nécessaire d'avoir des institutions davantage sensibilisées ou spécialisées aux diverses réalités propres aux communautés 2SLGBTQIA+ lorsqu'il est question de santé sexuelle. Pour ce faire, avoir la possibilité d'effectuer les tests par une personne de la communauté permettrait d'être plus à l'aise et mieux compris.

« Je pense qu'il faudrait que ce soit des personnes *queer* qui fassent les dépistages, ça c'est clair. C'est quand même vachement plus simple de discuter avec quelqu'un qui fait partie de la communauté que de parler avec quelqu'un d'hétéro qui ne comprend pas forcément nos réalités. » (Ani)

« So if we can have someone from the pride community available at those places, I think that people from the pride community will want to go more and it will, it will be like, it will be normalized.¹⁵ » (Wackywoodzky)

Enfin, la mise en œuvre de politiques antidiscriminatoires au sein des institutions est une autre avenue proposée pour contrer la discrimination et la stigmatisation que les personnes *queer* peuvent subir dans le système de santé.

« Ben, créer des espaces inclusifs pour les patients, pis pour qu'on se sente respectés aussi, pis j'avais mis... Mettre en œuvre des politiques anti discrimination. Fait que, t'sais, dans le fond, c'est ça. De faire en sorte que... Qu'ils perpétuent pas des discriminations, ou des stigmas. » (Victor)

En ce qui concerne les communautés caribéennes, ce besoin d'avoir accès à un·e professionnel·le de la santé appartenant à la même communauté que soi est également ressorti, et ce, pour les mêmes raisons que pour les personnes de la communauté 2SLGBTQIA+, soit dans un désir d'être mieux compris et de faciliter les échanges.

¹⁵ Traduction libre : « Donc si on peut avoir quelqu'un de la communauté 2SLGBTQIA+ disponible dans ces endroits, je pense que les gens de la communauté voudront y aller davantage et cela va être comme normalisé. »

« Pour moi aussi, de pouvoir avoir des... un endroit, peu importe si c'est dans les cliniques jeunesse ou autre, on sait qu'il y a, par exemple, une intervenante ou un intervenant d'origine, peu importe, ou en tout cas noir·e, tout de suite, c'est vrai que ça m'est déjà arrivé « ah ben oui, ben là, ce médecin-là, vas-y, je te la recommande ». Il y a quelque chose de la reconnaissance où c'est plus simple, parce qu'on n'a pas besoin de... on n'a pas besoin de se justifier, on n'a pas besoin d'expliquer notre réalité. La personne peut la comprendre, alors ce n'est pas évident qu'elle la comprenne, mais il peut y avoir quelque chose de la reconnaissance, de l'assimilation, de la ressemblance qui très facilement peut, ouais, attirer et faire écho. » (Soleil)

La barrière de la langue est également soulignée comme un potentiel enjeu pour les personnes caribéennes, puisque les Caraïbes ne sont pas uniquement constituées d'îles francophones.

« Après, pour les personnes d'origine caribéennes, il y a certaines îles qui sont françaises, mais il y a aussi d'autres îles qui sont anglophones ou peu importe, hispanophones. Et je pense qu'il y a, pour certains, la barrière un peu linguistique, parce que c'est un sujet quand même assez important à aborder. Et du coup, on aura quand même envie de pouvoir parler avec quelqu'un qu'on comprend, je veux dire, très, très bien, qu'il n'y ait pas de *misunderstanding*. Et du coup, je pense que pour certains, ça peut un peu bloquer. » (Anna)

Cependant, cet aspect n'est que peu ressorti du discours des participant·es. Ce constat peut être dû au fait que la majorité des personnes passées en entrevue avaient comme langue première le français.

Au niveau interpersonnel

Plusieurs éléments rapportés lors des entrevues ont pu être reliés à cette sous-section, qui englobe l'aspect des qualités interpersonnelles des professionnel·les de la santé, un élément central dans l'adéquation des soins du modèle de Levesque et al. (2013). Ainsi, cette sous-section se divise en trois sections, soit les rapports de pouvoir présents dans les soins de santé sexuelle, les éléments diminuant la qualité du service et les éléments favorisant un service de qualité, en adéquation avec les besoins.

Des rapports de pouvoir mettant en position de vulnérabilité les personnes qui viennent rechercher des soins en santé sexuelle

Pour les professionnel·les de la santé, il est primordial d'avoir conscience des rapports de pouvoir qui peuvent se jouer dans les interactions avec les patient·es. En effet, la position de professionnel·le de la santé ou de médecin est privilégiée étant donné le statut social et les connaissances détenues. Cette supériorité peut être couplée avec d'autres axes pouvant apporter des privilèges sociaux, comme le fait d'être blanc·he, cis et hétérosexuel·le. Ce rapport de pouvoir inégal peut entraver l'expression libre de la personne défavorisée, ce qui peut avoir un impact sur son expérience et l'adéquation du service à ses besoins.

« c'est difficile de faire remarquer à un personnel du corps médical, particulièrement quand c'est un médecin et quand c'est une personne cis-blanc·he, que son discours est offensant. » (Ani)

De plus, les soins relatifs aux organes génitaux peuvent mettre les personnes qui les reçoivent « en position de vulnérabilité » (Ani), renforçant la position de pouvoir des professionnel·les de la santé.

Ces rapports de pouvoir teintent toutes les interactions entre patient·es et professionnel·les. Ils peuvent faire en sorte que les personnes ne se sentent pas libres de s'exprimer et peuvent se sentir contraintes à subir des attitudes offensantes ou de recevoir des soins avec lesquels elles ne sont pas nécessairement confortables. C'est pourquoi il est important d'en être conscient·e en tant que professionnel·le de la santé.

Des éléments diminuant la qualité du service : la présence d'attitudes stigmatisantes, biaisées et/ou discriminatoires ainsi qu'une mécompréhension des réalités spécifiques aux communautés

Plusieurs éléments diminuant la qualité du service reçu, en lien avec les habiletés interpersonnelles du personnel soignant, sont ressortis à travers le discours des participant·es. Dans un premier temps, certains dénoncent les attitudes irrespectueuses, stigmatisantes, voire déshumanisantes que peuvent avoir les professionnel·les de la santé envers les personnes de leur communauté. Ces attitudes s'ancrent bien souvent dans des préjugés négatifs et des préconceptions fausses en lien avec la sexualité des personnes 2SLGBTQIA+.

« Il y a encore du monde qui voit ça comme c'est sale, genre, que comme on est... Qu'on couche à droite pis à gauche sans se protéger pis qu'on a tous le VIH, t'sais, je trouve ça déshumanisant pis c'est frustrant parce que ça... C'est encore des... T'sais, c'est vraiment un courant de pensée qui existe encore. » (Victor)

« Genre, il n'y a pas tout le monde qui traite les personnes trans comme des personnes. Et de se faire mégenrer ou morinommer à cause de ce qui est écrit sur la carte RAMQ, c'est un problème. [...] Ça décourage sûrement les gens à y accéder. » (Simon)

Ces témoignages laissent transparaître une certaine violence subie par les personnes *queer*, en démontrant que ces attitudes discriminatoires et stigmatisantes viennent les « déshumaniser » (Victor) ou ne pas les considérer « comme des personnes » (Simon). La personne recevant les soins peut également percevoir du « mépris » et du « dégoût » de la part du personnel soignant à son égard, ce qui « doit faire qu'il y a plein de monde qui ne veulent juste pas y aller » (Victor). De plus, ces présupposés peuvent mener à des plans d'intervention inadéquats et des commentaires malaisants.

« je trouve que, déjà, on se fait stigmatiser, mettons, les personnes *queer*, admettons par rapport au sexe anal, ça c'est un exemple. Mais moi, je ne pratique pas ce sexe-là. Mais aussitôt que j'irais consulter, c'est la chose que le monde assume, que les professionnels vont assumer. Que je pratique le sexe anal, pis qu'il y a des dangers, pis qu'on me traite souvent un peu comme si je n'étais pas au courant des risques ou comme si on allait m'apprendre de quoi. T'sais, pis je trouve que des fois, ça doit revenir souvent parce qu'il y a du monde qui ne pratique pas ce sexe-là, justement, pis qui se font dire de faire attention et tout, mais ça n'a même pas rapport. » (Victor)

Ces expériences stigmatisantes peuvent être internalisées et représentent une barrière importante à l'accès aux soins pour les personnes 2SLGBTQIA+, notamment parce que ces dernières vont entretenir une méfiance envers le système de santé.

« les expériences négatives, on les accumule, pis ça fait qu'on a des antécédents à comme... À juste éviter les soins de santé à cause de tout ça, t'sais, de... D'avoir une genre d'hypervigilance, pis une méfiance » (Victor)

Dans un deuxième temps, le manque d'empathie et d'écoute dont peuvent faire preuve certaines personnes du corps médical est une critique commune aux deux communautés. Ce manque d'écoute peut mener, encore une fois, à des plans de traitement inadaptés, qui ne répondent pas réellement au besoin de la personne et laissent une impression de ne pas avoir été considéré-e.

« parce que je trouve que, en général, quand j'ai été voir des professionnel·les de la santé, ça allait tellement vite, c'était tellement expéditif pis j'avais l'impression que je ne pouvais même pas parler en détail du problème pis là, c'est comme si, dans le fond, justement, ça vient encore là, la peur de ne pas être traité adéquatement, de se faire traiter pour quelque chose, mais dans le fond, ce n'est pas ça parce que la personne, elle n'a pas vraiment pris [...] le temps de m'écouter pis de vraiment poser les bonnes questions.» (Victor)

« On sait pas avec qui on va tomber dans le sans de rendez-vous. Et, bon, je dis pas souvent, mais comme, il y a des fois où est-ce que la personne qui te prend, que ce soit un infirmier ou un médecin, écoute pas ce que tu dis. Écoute pas vraiment les problèmes. Ils vont te suggérer autre chose que... En tout cas, je trouve que ça n'a pas du tout rapport avec le problème pourquoi tu es venue prendre le rendez-vous. » (Nounou)

Puis, dans un troisième temps, une autre barrière commune aux deux communautés concerne la méconnaissance et le manque de sensibilisation des professionnel·les de la santé à leurs réalités spécifiques. Cette barrière s'exprime toutefois différemment pour les deux communautés. Ainsi, pour les communautés *queer*, ce manque de sensibilisation peut entraîner des moments malaisants, inadéquats ou même offensants. Il peut se traduire par des questions inappropriées, des commentaires offensants, des présupposés hétérocisnormatifs ou des conversations incongrues.

« souvent si tu te retrouves face à un professionnel qui n'est pas au courant des réalités de la communauté LGBT, ça peut être des moments très tendus, très stressants, parce qu'il y a des conversations qui ne sont pas réalistes ou qui sont offensantes. » (Ani)

« souvent, les médecins, les professionnels à la santé n'utilisent pas nécessairement un langage inclusif. Ils vont assumer qu'on est hétérosexuel ou assumer notre genre. C'est ça, des fois, les formulaires médicaux ou juste les échanges avec les professionnels, ça peut être un peu gênant parce que on me pose des questions comme si j'avais une copine, mais t'sais c'est plate, ça pourrait pas être juste, « as-tu quelqu'un dans ta vie? » Je pourrais spécifier. Ça fait un peu... Ça crée déjà une barrière. Les premières questions qu'ils vont te poser dans les premières minutes, ça fait déjà un inconfort parce qu'on a l'impression qu'ils vont même pas être en mesure de savoir qu'est-ce qui se passe. Ça ne donne pas le goût de s'ouvrir non plus. S'ils peuvent pas reconnaître les orientations sexuelles autres que ça et les identités de genre, ça fait que... Ça fait pas sentir le bienvenu et c'est pas très inclusif. » (Victor)

Ainsi, le manque d'inclusivité dans les questions et les conversations crée, dès le départ, une barrière entre les professionnel·les et les personnes qui consultent, en créant du stress et de l'inconfort chez ces dernières. Une appréhension de ces moments se crée donc chez les personnes *queer* et constitue un obstacle important. Enfin, pour les communautés caribéennes, le manque de sensibilisation à leurs réalités spécifiques amène une certaine distance avec les professionnel·les de la santé et un sentiment de ne pas être compris-e par ces dernier·ères.

« On peut se sentir vite... incompris. Euh... Parce que, ben, il y a le côté culturel, mais aussi les croyances, euh... à prendre en compte. Et les gens, ben, de ces services-là, même s'ils font un bon travail, etc., ils sont pas forcément au courant de toutes les croyances, les préoccupations, en fait, des personnes qui viennent de la Caraïbe, en tout cas. Et du coup, ça peut créer une sorte de... d'écart, de... Enfin, de distance, même dans la communication. » (Anna)

« Par exemple, aussi, je vais le dire, ça peut être aussi un enjeu où on sait qu'en face, il y aura peut-être nécessairement des personnes blanches qui ne sont pas très au courant de notre réalité. Ou bien, je ne sais pas, qui ne vont pas prendre soin, en tout cas. » (Soleil)

Afin de contrer ces barrières, plusieurs éléments ou propositions d'amélioration favorisant un service de qualité ont été soulevés par les participant·es.

Des éléments favorisant un service de qualité : avoir de bonnes habiletés interpersonnelles d'intervention et détenir une compréhension des enjeux spécifiques aux communautés

Un aspect central qui est ressorti des témoignages des personnes passées en entrevue est l'importance de se sentir considéré·e, écouté·e et accueilli·e sans jugement, surtout dans le cas de l'annonce d'un diagnostic positif. Ce besoin transparaît notamment lorsqu'elles mentionnent désirer « être reçus [...] avec plus d'empathie pis plus d'écoute pis le temps qu'il faut » (Victor) ou avoir « un peu plus de douceur et un peu plus d'empathie par le corps médical » (Ani). La nécessité d'« y aller avec un cœur ouvert sans préjugés et avec de l'ouverture d'esprit envers la personne, essayer de comprendre sa situation » (Alyssa) est également exprimée et permettrait de se sentir plus « ouvert à la discussion » et de « venir avec moins d'appréhension » (Alyssa). Enfin, l'importance de « de ne pas être dans le jugement quand les gens posent des questions, même si elles semblent simples » (Simon) et que « l'information soit donnée de façon genre neutre pas dans le jugement » (Simon) est aussi soulignée. Ainsi, il est primordial pour les professionnel·les de la santé d'acquérir et de cultiver des habiletés interpersonnelles d'intervention clinique telles que l'empathie, l'écoute active et une attitude d'ouverture.

Un autre aspect, plus en lien avec les communautés caribéennes, concerne le besoin de déconstruire le tabou entourant la santé sexuelle, car « plus c'est tabou, moins la personne a envie d'en parler et moins la personne va chercher de l'aide pour aller avoir ces soins-là ou faire des tests. » (Alyssa). Il est également nécessaire de « mettre les gens à l'aise, ne pas trop les bousculer » (Moana), puisque la personne peut se présenter avec un bagage d'anxiété et d'appréhension à l'idée d'aborder ces thèmes tabous.

« Y'a des gens que la santé sexuelle c'est quelque chose qui est tabou pour eux. Comme, juste y aller doucement, pis comme, juste attendre que la personne soit confortable de vous parler de sa situation. Comme, ouais, t'as pas le choix, je sais qu'ils ont pas le choix de poser certaines questions, mais comme genre, si tu vois que la personne ment, de pas la brusquer la personne parce que c'est *fucked up* ça. » (Moana)

Ce dernier extrait rejoint un autre point assez central, soit l'importance de prendre le temps : prendre le temps pour s'assurer que la personne se sente à l'aise, pour lui transmettre les informations, pour la laisser poser des questions et pour accueillir les émotions, parfois plus difficiles à vivre lorsqu'un diagnostic positif est annoncé.

« Don't just do the tests and say oh well this person is an adult they'll be okay. No actually like talk with us, sit with us, show us that there's help, provide that help or provide information about someone who could help. That's what I could say.¹⁶ » (Wackywoodzky)

« Sûrement que ça se peut aussi qu'elle n'est même pas éduquée, elle ne sait même pas c'est quoi justement la maladie qu'elle a attrapée et qu'il a attrapée. Donc, c'est comme lui expliquer puis tout ça, c'est une bonne... ça serait une bonne chose de la part du médecin. » (Nounou)

« Euh, j'aimerais qu'ils se souviennent que... les gens veulent savoir ce qui se passe dans leur corps et qu'on n'a pas forcément l'information ni l'éducation pour tout connaître. Donc, ce serait important de laisser la place aux questions. » (Simon)

« Donc qui ont reçu un diagnostic d'ITSS. Alors, [...] tout de suite il peut y avoir de la honte il peut y avoir de la panique, il peut y avoir du déni, il peut y avoir tout plein de choses. Donc pour moi d'avoir un accompagnement où on explique les choses on rassure, on réexplique, pas on explique une fois, on réexplique etc. » (Soleil)

Tel que souligné à travers les extraits, prendre le temps de rassurer la personne et de lui transmettre les informations nécessaires est primordial pour assurer des soins en adéquation avec les besoins suite à une annonce d'un diagnostic positif, notamment parce la personne peut faire face à des émotions difficiles à gérer et peut avoir des connaissances plus limitées en matière d'ITSS.

Enfin, une importance est accordée à la formation des professionnel·les de la santé ainsi qu'à leur sensibilisation par rapport aux enjeux spécifiques aux communautés. Cette sensibilisation viserait entre autres à ce que les professionnel·les cherchent à mieux comprendre leurs réalités, à ne pas projeter de préjugés et à reconnaître la diversité au sein de ses communautés.

« Ouais en tout cas d'avoir une sensibilité culturelle en fait tout simplement par rapport à la personne qui se présente, qui se présente à nous par rapport à sa réalité. Donc voilà ne pas tout de suite aller avec des stéréotypes, des tabous, poser la question, demander à la personne c'est quoi sa réalité et ainsi de suite pour pouvoir adapter ses besoins, sa réalité et ses besoins à sa réalité culturelle à sa réalité médicale de santé sexuelle d'ITSS. » (Soleil)

« Ben, t'sais, c'est comme... Ben, ça revient à tout ce que j'ai dit, je pense, d'être peut-être plus sensible pis de... ben, sensibiliser, pis de... d'être plus à l'écoute, pis de... d'y aller cas par cas, pis de... au lieu d'être dans le jugement, dans le mépris, pis dans la stigmatisation, de... c'est ça, de prendre plus le temps de juste prendre une personne à la fois, pis de les voir comme des personnes uniques, pis pas juste toutes la même... la même chose, t'sais, pis... de... d'arrêter avec les stéréotypes [...] que ça change ces choses-là, pis aussi, c'est ça, plus de... de considération, pis d'accessibilité pour notre communauté. Ça serait vraiment *nice*. » (Victor)

¹⁶ Traduction libre : « Ne faites pas juste les tests et dire oh et bien ces personnes sont des adultes et elles vont être ok. Non, parlez réellement avec nous, démontrez-nous qu'il y a de l'aide de disponible, procurez-nous cette aide ou donnez-nous l'information à propos de quelqu'un qui pourrait nous aider. C'est ce que je pourrais dire. »

Voir son engagement dans les traitements des ITSS modulé par les rapports de pouvoir présents, le soutien des proches et les conséquences encourues lors d'un diagnostic positif

La capacité à exprimer ses besoins aux professionnel·les de la santé est liée à la dimension de l'engagement dans le modèle de Levesque et al. (2013). Cette capacité peut être influencée par le niveau de littératie en santé sexuelle, mais peut également être teintée par les rapports de pouvoir en jeu dans la relation patient·e-professionnel·le. En effet, il peut y avoir un blocage à s'exprimer dû aux préconceptions et préjugés pouvant être portés sur la sexualité de la personne qui consulte. Cette dernière peut ne pas vouloir divulguer certaines informations pour ne pas « confirmer ses préconceptions » (Soleil) et renforcer ses stéréotypes « ou bien évidemment, si on est déjà bien réservé, on va devoir parler. Et si la personne a des stéréotypes, et si la personne a des préconceptions sur les personnes d'origine caribéenne, les personnes noires de façon générale, là, tout de suite, il peut y avoir un blocage, par exemple. » (Soleil) Puis, le stress ressenti lors de l'attente pour effectuer les tests de dépistage ou pour recevoir les résultats semble influencer la motivation à s'engager dans le processus. En effet, cette attente peut engendrer de l'anxiété, surtout lorsqu'il y a présence de symptômes ou « quand tu as pris des risques ou quand tu as eu des accidents » (Ani). Cette anxiété peut mener une personne à quitter avant d'avoir complété les tests.

« Especially when someone from that community has all the paperwork and has all the scheduled appointments, don't make them wait longer than they should. Because then that, going back to what I said earlier, that builds, that would build for me, especially more fear, and I would get more anxious, and then I would decide to leave, which has happened a few times. And just get tired of waiting.¹⁷ » (Wackywoodzky)

Ensuite, il est possible d'avancer que les conséquences reliées au fait de recevoir un diagnostic positif peuvent affecter la mise en action de la personne dans la prise en charge de sa santé sexuelle. Ainsi, le stigma associé aux ITSS peut entraîner des conséquences sociales importantes pouvant limiter le soutien des proches lors de l'annonce et des traitements.

« Donc, c'est ça. Il y a les conséquences sociales aussi. Si jamais c'est su, par exemple, d'avoir une ITSS, etc., ça va vite, les gens parlent. Donc, très vite, on peut être associé à un type de personne ou en tout cas à une catégorie de personnes, d'avoir une étiquette de personnes qui transmettent des ITSS, de personnes qui sont malades, de filles qui ne sentent pas bon. » (Soleil)

Ces conséquences sont d'autant plus probables dans des petites communautés, car « c'est difficile de cacher un secret [...] de garde l'anonymat » (Alyssa). De plus, l'information y circule très rapidement, car « quand il y a une nouvelle, il y a beaucoup de bouche-à-bouche [...] tout le monde en parle » (Nounou).

¹⁷ Traduction libre : « Surtout quand quelqu'un de cette communauté a toute la paperasse et a prévu tous les rendez-vous, ne laissez pas ces personnes attendre plus qu'elles ne le doivent déjà. Parce qu'après ça, comme je disais plus tôt, cela crée, cela pourrait créer, pour moi, particulièrement plus de peur, et je deviendrais plus anxieux, et là je pourrais décider de quitter, ce qui est déjà arrivé plusieurs fois. Et on devient juste fatigué·es d'attendre. »

« Au Québec, dans nos communautés caribéennes, les informations vont très vite. La communauté est grande, mais elle est petite aussi. De toute façon, le monde est petit de façon générale, donc, en tout cas... sans même que je le veuille, il y a parfois des copines, je connais nom, prénom, telle maladie de la personne sans que je connaisse la personne, par exemple. Ça ne m'intéressait pas, mais c'est arrivé à mes oreilles et donc, voilà. » (Soleil)

Les conséquences sociales peuvent donc être amplifiées par cet aspect des petites communautés, et amènent les gens à garder pour soi ce type de diagnostic. De plus, le tabou présent dans ces communautés augmente le stigma associé aux ITSS. Ainsi, avoir une ITSS peut être « une raison de te dénigrer [...], de te rabaisser et te faire sentir comme de la merde » (Moana) et mener à « des commentaires dénigrants, de l'humiliation aussi » (Soleil).

Enfin, recevoir un diagnostic positif est bouleversant et peut entraîner diverses émotions difficiles à vivre, telles que la honte, le dégoût et la tristesse. Ces émotions viennent teinter la manière dont le diagnostic est reçu et peuvent influencer la capacité de la personne à intégrer les informations transmises ainsi que sa capacité à aller rechercher les traitements nécessaires.

L'engagement dans les traitements peut être également difficile à cause de l'anxiété vécue, notamment pour aller chercher la médication à la pharmacie. Il est possible d'avancer que cette anxiété peut être plus importante pour les personnes caribéennes dans le cas où la pharmacie est également fréquentée par des gens de leurs communautés. Une participante met également en lumière un cas particulier, où une personne peut ne pas vouloir divulguer à ses parents, mais se voir dans la nécessité de le faire si elle désire avoir des soins plus accessibles à cause du contexte d'immigration.

« Mais par rapport à ce cas-là, ce serait davantage de si jamais on apprend que c'est, par exemple, imaginons le VIH et que là, il faut des soins particuliers et que justement, elle est immigrante et que peut-être que c'est plus facile de rentrer dans son pays pour faire les soins, c'est plus de cet ordre-là que ce serait à elle de le dire, d'expliquer pourquoi elle doit payer tant de médicaments, pourquoi elle doit avoir tant de suivis, pourquoi elle doit rentrer pour se faire soigner, parce que c'est moins cher chez elle. En tout cas, peut-être plus par ça, mais non pas la divulgation aux parents directement parce que ça reste quand même des personnes majeures, mais c'est ça, ces enjeux-là. » (Soleil)

Pour terminer, le support de sa communauté et de ses proches est souligné comme un facilitateur à l'engagement dans les traitements. En effet, tel que vu précédemment, recevoir un diagnostic positif amène un lot de conséquences et pouvoir compter sur l'appui de « l'encouragement complet » est vu comme nécessaire et bénéfique.

« The first thing that should be done I believe would be the most important would be the people in that person's circle, the people in the community should show support. Tell them it happened, it's okay, we're here with you, we're going to help you, we're going to get through this. And then so like just like verbally speaking to them, comforting them, being there for them physically and then once they speak about it help them find the right treatments and places to go to. Because stuff does happen unfortunately and the best way to go through it is with support.¹⁸ » (Wackywoodzky)

¹⁸ Traduction libre : « La première chose qui devrait être faite, et la plus importante, je crois, serait pour les personnes qui sont dans le cercle de la personne, les gens de la communauté devraient démontrer du soutien. Leur dire que c'est arrivé, c'est correct, on est là pour toi, on va t'aider, et on va passer à travers. Et être là pour parler avec elles, être là pour elles physiquement et là une fois qu'elles en parlent, les aider à trouver les bons traitements et les bons endroits pour y accéder. Parce que ces choses peuvent arriver malheureusement et la meilleure façon de passer au travers c'est avec du soutien. »

LA PERSONNE ET SON BAGAGE : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET AUX MOYENS DE PROTECTION COMME UN ACTE DE VULNÉRABILITÉ ET DE DÉTERMINATION

Comme il a été possible de l'observer à la lecture des résultats du portrait qualitatif présenté plus haut, les parcours d'accès aux soins de santé sexuelle des communautés caribéennes et 2SLGBTQIA+ comportent leur lot de difficultés, un bagage pouvant être lourd à porter. Lorsque juxtaposés, ces parcours présentent plusieurs similitudes et, à certains endroits, quelques divergences. Différents éléments semblent expliquer ces particularités.

Tout d'abord, il apparaît évident, à la fois à travers le discours de nombreuses personnes interrogées, les données disponibles dans la littérature et les témoignages des membres du comité consultatif constitué dans le cadre du projet Mouve, que le tabou entourant la sexualité dans les communautés caribéennes a un impact considérable sur leur processus d'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection. Ce bagage culturel est propre à ces communautés et constitue une différence majeure avec le parcours des communautés 2SLGBTQIA+.

Selon les propos recueillis, il n'apparaît pas culturellement acceptable de parler, voire même d'envisager de consulter en lien avec la santé sexuelle. Plus spécifiquement, les participant·es rapportent ne pas parler de sexualité avec leurs familles, ce qui implique qu'elles, ils et iels éviteront ce sujet avec des inconnu·es, encore moins quand ces dernier·ères sont blanc·hes. Le tabou entretenu a aussi pour effet qu'elles ont généralement peu de connaissances en lien avec la sexualité et la santé sexuelle, ce qui peut engendrer et perpétuer des fausses croyances en lien avec ces sujets (Ngobi et al., 2020; Etowa et al. 2022). Il devient alors difficile pour ces individus de déceler le risque encouru par certaines pratiques (Ngobi et al., 2020; Laprise & Bolster-Foucault, 2021), puisque leurs perceptions en lien avec les comportements sexuels sont teintées par le silence qui entoure cette sphère intime de la vie de chaque personne (WHO, 2024; Etowa et al., 2022). On observe ainsi un déni collectif par rapport aux ITSS, et ce, même pour les personnes des communautés 2SLGBTQIA+ interrogées dans le cadre de notre enquête. Il s'agit là d'un point commun aux parcours illustrés dans la section résultats. Toutefois, les facteurs sous-jacents sont distincts.

En effet, pour les communautés caribéennes, le déni observé semble être alimenté par le tabou entourant la sexualité et permet de l'entretenir, à la manière d'un cycle. Pour les communautés 2SLGBTQIA+, ce déni se décline plutôt en une forme d'insouciance, dont le degré est en fonction d'une hiérarchisation des ITSS, qui repose sur des facteurs historiques (liés entre autres à la crise du VIH). Une certaine détermination à prendre en charge sa santé sexuelle est donc nécessaire pour s'extraire de ce déni collectif, déni qui est somme toute confortable et beaucoup moins confrontant. Une autre différence marquée transparaît également dans la manière dont les communautés perçoivent et discutent des ITSS; ces représentations font d'ailleurs varier leur perception du risque. La motivation à se faire dépister est également altérée par ce déni et par la perception des ITSS dans chaque communauté; encore une fois, la résultante est commune : la peur d'obtenir un diagnostic d'ITSS est un élément central qui diminue la mobilisation des individus à aller vers le dépistage. Par contre, les témoignages récoltés chez les personnes caribéennes mettent en lumière que ce sentiment de peur est exacerbé par la stigmatisation vécue dans la société et par le tabou qui est observé dans leur communauté, d'où la vulnérabilité dont doivent faire preuve les personnes ayant décidé de se faire dépister.

Or, malgré ces éléments communs, il existe un contraste autour du contexte dans lequel s'inscrit la prise en charge de la santé sexuelle au sein des deux communautés interrogées. Pour les personnes 2SLGBTQIA+, la santé sexuelle est un sujet qui est largement discuté, et ce, généralement sans tabou. Les participant·es s'expliquent cette façon d'en parler librement par les facteurs historiques mentionnés plus haut, qui ont amené une nécessité de paramétrer clairement et ouvertement ces enjeux. D'ailleurs, une multitude de services de soutien sont apparus, au cours des quatre dernières décennies, en réponse à la crise du VIH dans les communautés 2SLGBTQIA+; les personnes qui fréquentent ces ressources se disent majoritairement satisfaites des soins plus spécifiques et adaptés qui en ont résulté. Toutefois, comme il a été possible de le relever dans la littérature, il reste du chemin à faire pour bien huiler le mécanisme de référencement vers les services « réguliers », puisque la cascade de soins demeure parfois difficile (Martel, 2018).

Les résultats démontrent qu'il existe ainsi une forme de clivage entre les services ciblés pour les membres de la communauté et ceux offerts à la population générale, où certaines peurs sont entretenues (et souvent confirmées) à l'égard du personnel médical. Ces peurs constituent un bagage lourd à porter et sont alimentées par, les attitudes stigmatisantes qui persistent dans le milieu à l'égard des personnes qui appartiennent à ces groupes minorisés (Edmiston et al., 2016; Lacombe-Duncan et al., 2021; Rosenberg et al. 2021). Enfin, les résultats ont pu mettre en lumière certaines failles du système de santé, où les personnes n'ayant pas de RAMQ, étant âgées de plus de 25 ans (et donc inadmissibles aux cliniques jeunesse) et éprouvant des difficultés financières, se retrouvent face à de multiples difficultés afin d'accéder à des soins de santé sexuelle. Elles doivent alors déployer plus de temps et d'énergie afin d'atteindre les soins, ce qui demande une détermination considérable.

SE RECONNAÎTRE À TRAVERS LES OPTIONS DISPONIBLES ET S'Y SENTIR CONSIDÉRÉ·E : DES ÉLÉMENTS CLÉS À LA PRISE EN CHARGE DE SA SANTÉ SEXUELLE

Le parcours d'une personne vers l'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection se débute lorsqu'un besoin se manifeste. Avant même que la personne soit en mesure de reconnaître la présence de cette manifestation, le processus est influencé par l'accessibilité perçue du système en place (par exemple, le système de santé québécois ou les ressources communautaires dans son environnement). Le portrait brossé dans le cadre du projet Mouve démontre que les personnes caribéennes considèrent que la promotion des services n'est pas adaptée aux enjeux de leurs communautés. Il leur est donc difficile d'identifier les ressources disponibles, d'autant plus que le système de santé québécois leur apparaît comme compliqué et coûteux.

D'ailleurs, les résultats confirment ce que la littérature avance, à savoir que les communautés caribéennes ne sont pas suffisamment informées sur les services qui leur sont offerts (Ngobi et al., 2020; Etowa et al., 2022; Odhiambo et al., 2022) ou elles ne perçoivent pas qu'ils sont adaptés. En comparaison, les personnes 2SLGBTQIA+ n'ont pas relevé ce genre de constats; au contraire, certaines personnes mentionnent apprécier les cliniques plus spécialisées, situées dans des endroits clés pour les communautés *queers* (par exemple dans le Village à Montréal). Ainsi, face à un accès inégal – en comparaison avec la population non marginalisée – aux soins et au matériel de protection dénoncé à la fois par les participant·es au projet et dans les recherches précédentes (WHO, 2024; Etowa et al., 2022; Odhiambo et al., 2022; Pilabré, 2018), il est nécessaire de réfléchir aux angles

morts qui subsistent – entre autres en lien avec le besoin d'éducation et de sensibilisation (Laprise & Bolster-Foucault, 2021) – et aux avenues prometteuses en matière de prévention (dépistage communautaire, amélioration de la distribution des trousses d'auto-tests de dépistage, accessibilité augmentée aux moyens de protection dans les lieux communautaires et en ligne, etc.).

Avant de s'engager dans une recherche active de soins ou de moyens de protection, les individus doivent percevoir qu'elles, ils et iels s'exposent à un risque ou – autrement dit – qu'il y a un manque à combler. Or, tel qu'identifié dans la section précédente, il existe un écart entre les communautés ciblées quant aux connaissances liées à la sexualité (et plus précisément liées à la santé sexuelle). Bien que des manques soient soulignés de la part des deux communautés, ces lacunes se font plus fortement ressortir auprès des personnes caribéennes, notamment à cause du tabou entourant la sexualité dans ces communautés. Ce contexte contrasté entre les deux réalités dépeintes modifie la perception du risque et des besoins des personnes. En effet, ces lacunes plus importantes peuvent mener à une méconnaissance de la transmission des ITSS et leurs symptômes, venant altérer le besoin de se protéger. De plus, le tabou présent dans les communautés caribéennes entretient un climat nourrissant le déni et la croyance que « cela n'arrive qu'aux autres », au contraire des communautés 2SLGBTQIA+, où le dépistage et la protection sont davantage discutés, étant donné que leurs configurations relationnelles se situent plus souvent à l'extérieur de la monogamie, amenant une perception du risque et du besoin plus importante. Le parcours des personnes dans l'accès aux soins est également teinté par une méfiance envers le système et les mesures en place (WHO, 2024; Etowa et al., 2022; Farvid et al., 2021; Eiduson et al., 2022; Scheim & Travers, 2017). Cette méfiance est davantage ressortie pour les personnes des communautés 2SLGBTQIA+ dans nos entrevues, et prend racine dans la hétérocisnormativité présente dans les institutions de santé, engendrant des expériences stigmatisantes et discriminatoires pour ces personnes. Ces expériences fréquentes suscitent un stress et provoquent un évitement des services de santé. Ce constat illustre bien le stress minoritaire pouvant être vécu par les personnes *queer*. Cette méfiance qualifie le niveau d'acceptabilité du système de santé perçu par les personnes interrogées et représente une barrière importante dans l'accès aux soins de santé sexuelle. Pour les personnes caribéennes interrogées, il semble exister une pression à projeter une image parfaite, pression qui prend racine dans le passé colonial et qui persiste à travers le racisme encore présent dans notre société. Les questions liées aux ITSS et à la santé mentale s'en voient donc occultées étant donné la représentation péjorative de ces enjeux de santé au sein de ces communautés.

Ensuite, dans le désir des personnes de combler le besoin perçu, lorsqu'elles trouvent acceptables les ressources offertes, ces personnes doivent encore naviguer à travers les disponibilités et aménagements parfois ténus des institutions et organisations qui fournissent des soins ou des moyens de protection. Les résultats obtenus à travers l'enquête démontrent les divergences quant aux expériences vécues par les personnes interrogées dans les services de soins de santé sexuelle : alors que les participant·es des communautés 2SLGBTQIA+ sont en mesure de trouver plusieurs ressources via internet, des recommandations d'ami·es et de professionnel·les de la santé, celles et ceux des communautés caribéennes peinent à se retrouver à travers les informations disponibles, particulièrement pour les personnes nouvellement arrivées au pays. D'autres ont aussi mentionné ne connaître qu'un service de dépistage et peu d'entre elles étaient en mesure d'identifier des ressources adaptées aux réalités caribéennes et/ou *queer*. Il semble aussi exister une grande barrière liée au malaise, à la gêne ou à la peur engendrés par le fait de chercher des soins ou des moyens de protection liés à la santé sexuelle. Cette barrière semble découler directement du tabou pour les populations caribéennes, de la peur d'être confrontée à un diagnostic positif et de la crainte de subir des comportements hostiles. Il serait donc bénéfique de mieux faire connaître les différentes

avenues quant aux ressources qui offrent des soins de santé sexuelle et des moyens de protection, afin d'être en mesure de trouver des services qui soient adaptés à leur réalité.

Or, la disponibilité de ces ressources n'est pas constante ni uniforme : les moyens de protection comme les condoms externes sont facilement accessibles, alors que d'autres ne sont même pas connus des membres des communautés. Plusieurs pistes ont été proposées par les participant·es afin de bonifier l'accès aux organisations qui offrent des soins de santé sexuelle en termes logistiques : des horaires diversifiés, des méthodes de prise de rendez-vous variées, un déploiement de proximité lors d'événements communautaires, pour n'en nommer que quelques-unes. Plusieurs dénoncent aussi la lenteur du système et la nécessité d'avoir accès à la RAMQ et/ou à un médecin de famille pour pouvoir être accompagné·e, ce qui est associé à une démotivation à accéder aux soins. En effet, le niveau d'énergie et le temps investi pour atteindre les services constituent un élément clé dans la mobilisation des personnes interrogées. Ces obstacles ralentissent et éloignent ainsi les communautés ciblées des services.

Plusieurs personnes interrogées ont tout de même pu accéder aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection. Dans leur parcours, elles reconnaissent toutefois le rôle que les conditions de vie des membres de leurs communautés peuvent avoir sur la priorité avec laquelle elles, ils et iels aborderont la santé sexuelle (Agence de la santé publique du Canada, 2018; Rosenberg et al., 2021; Lacombe-Duncan et al., 2021). Ainsi, le fait que les services mobilisent temps, énergie et argent éloigne certains individus plus défavorisés par le système des soins qui leur seraient bénéfiques et nécessaires. Il leur apparaissait donc essentiel d'avoir accès à des tests et des soins à faible coût ou gratuits pour les communautés rencontrées (Laprise & Bolster-Foucalt, 2021).

L'utilisation des soins de santé dépend aussi de l'adéquation des services reçus. En effet, une personne n'aura pas tendance à se mobiliser vers des ressources qu'elle reconnaît ne pas être adaptées à ses besoins ou qu'elle perçoit comme hostiles. D'une part, plusieurs participant·es ont indiqué avoir ressenti un manque de considération et d'écoute dans leurs expériences avec les professionnel·les de la santé sexuelle. Les personnes interrogées apprécient toutefois le processus rapide qu'offre les cliniques spécialisées, rapidité qui n'est toutefois pas présente dans les institutions dont l'offre de service n'est pas dédiée aux enjeux de santé sexuelle (par exemple hôpitaux). Ce paradoxe apparaît ainsi comme un symptôme d'un système qui n'est pas axé sur les besoins des patient·es, mais plutôt sur la performance des professionnel·les à travers la quantité de personnes « sauvées » ou « guéries ». Un tel système affecte considérablement la qualité du service reçu, puisqu'un autre symptôme de cette mise sous pression du corps médical est l'épuisement, épuisement qui se traduit par un manque d'empathie et d'écoute. Or, ces habiletés interpersonnelles sont cruciales pour offrir des soins adéquats, d'autant plus lorsqu'il est question de sexualité, étant donné son caractère intime, parfois tabou, qui positionne les individus dans une position de vulnérabilité accrue. Le fait de prendre le temps (pour fournir les informations, pour répondre aux questions, pour rassurer la personne, etc.) est d'ailleurs souligné comme étant primordial pour assurer des soins en adéquation avec les besoins. Ce constat rentre malheureusement en conflit avec un système mis sous pression et valorisant la quantité plutôt que la qualité. C'est pourquoi une diversification de l'offre et une multiplication des services spécialisés en santé sexuelle sont des actions essentielles afin de pallier les failles du système public de santé.

D'autre part, les participant·es mentionnent avoir été témoins d'attitudes biaisées de la part du personnel médical et d'une mécompréhension des réalités spécifiques aux communautés dans leur accès aux soins de santé sexuelle. Toutefois, certaines nuances ont été observées en comparaison

avec les éléments ressortis de la littérature : les personnes caribéennes n'ont pas nommé avoir peur de vivre du racisme ou des stéréotypes raciaux dans leur accès aux soins (Laprise & Bolster-Foucault, 2021; Pilabré, 2018; Etowa et al., 2022); par contre, elles craignent la distance qui s'installe entre elles et les professionnel·les de la communauté d'accueil (c'est-à-dire québécois·es, blanc·hes) lors de consultations. De plus, les participant·es caribéen·nes expliquent ne pas être convaincu·es de la capacité du personnel médical à intervenir adéquatement en lien avec leur identité culturelle (Philbin et al., 2018; Farvid et al., 2021); il en résulte d'ailleurs le sentiment d'être incompris·es. Dans une mesure semblable, les participant·es 2SLGBTQIA+ rencontré·es s'alignent aux données répertoriées dans la littérature, à l'effet que les documents et le vocabulaire médical sont encore trop peu inclusifs (Eiduson et al., 2022; Scheim & Travers, 2017), ce qui les mène à vivre des expériences de transphobie et de cissexisme (Rosenberg et al., 2021). Ainsi, en plus de constater le manque d'éducation du personnel médical en lien avec les réalités spécifiques des populations ciblées (Rosenberg et al., 2021; Wall et al., 2023; Farvid et al., 2021), ce qui donne lieu à des situations où les besoins des patient·es sont ignorés ou détournés, il est possible de supposer qu'encore trop peu d'opportunités sont offertes aux personnes de ces communautés de prodiguer des soins; cela a pour effet de créer des situations où le personnel médical est moins concerné par les enjeux décrits par les patient·es. Le rapport de pouvoir – déjà présent entre le personnel médical et les patient·es – peut ainsi être exacerbé entre des professionnel·les qui présentent des privilèges et des patient·es opprimé·es, ce qui devient un terreau fertile pour la discrimination. La peur d'être traitée différemment dans le processus d'accès aux soins (en raison de son appartenance à une ou l'autre des communautés ciblées) peut ainsi accentuer le déni entretenu envers la santé sexuelle et encourager l'évitement des services.

Finalement, la prise en charge de la santé sexuelle dépend aussi, selon les témoignages recueillis dans le cadre du projet, du soutien des membres de la communauté, des partenaires (tant dans l'accès aux soins que dans l'adaptation à un diagnostic positif à une ITSS) et de l'accessibilité des traitements. Plusieurs personnes des communautés caribéennes mentionnaient vivre un blocage à se dévoiler face à la santé sexuelle tant à ses pairs qu'aux professionnel·les de la santé à cause du tabou qui l'entoure, alors que de tels discours n'ont pas été relevés pour les personnes 2SLGBTQIA+. De nombreux enjeux en lien avec les conséquences sociales d'un diagnostic positif ont été également relevés par les personnes caribéennes, ce qui laisse transparaître une crainte de vivre ce genre de situation à l'intérieur même de sa communauté; il s'agit là d'une démonstration de la stigmatisation sociale à laquelle peuvent être confrontées ces personnes (Odhiambo et al., 2022; Logie et al., 2016; Laprise & Bolster-Foucault, 2021; Morris et al., 2014), d'autant plus que plusieurs fausses croyances demeurent véhiculées à travers cette communauté (Ngobi et al., 2020; Etowa et al., 2022). Pour ce qui est des communautés 2SLGBTQIA+, il est davantage question de mobilisation et de partage intracommunautaires : les participant·es mentionnent la nécessité d'identifier collectivement les services et les professionnel·les problématiques et/ou sécuritaires, le besoin ressenti d'être soutenu·e par ses pair·es et de s'informer sur les ITSS à travers la communauté.

Ainsi, à l'intersection des besoins spécifiques à chaque communauté, il est possible d'observer qu'il existe un besoin d'éducation et de sensibilisation : d'une part, il convient de mieux informer les communautés caribéennes quant aux risques liés à la santé sexuelle et aux ressources qui s'offrent à elles et eux; d'autre part, il demeure primordial que le personnel médical soit mieux renseigné et éduqué sur la façon de prodiguer des soins adéquats aux populations caribéennes et 2SLGBTQIA+, tout en gardant en tête que certaines personnes se trouvent à l'intersection de ces deux identités et qu'elles présentent des besoins uniques.

De plus, plusieurs constats du portrait brossé dans le cadre du projet Mouve appuient ce qui émerge de la littérature : une facilité d'accès augmenterait grandement l'utilisation des soins de santé sexuelle et des moyens de protection (Frye et al., 2015). Entre autres, cela passe par un souci de fournir des services confidentiels et même anonymes lorsque possible, une amélioration de la rapidité de la prise en charge et l'accès aux soins spécifiques à travers des ressources déjà investies par les personnes ciblées (par exemple dans des ressources ou événements communautaires largement fréquentés). L'accès semble aussi lié au niveau d'inclusivité perçu (par exemple si une ressource affiche des signes d'inclusion) (Qiao et al., 2018), le niveau de connaissances de professionnel·les et l'assurance de recevoir des services adaptés à sa réalité (par exemple en étant reçu·es par du personnel de sa communauté). Ces éléments semblent avoir un impact sur le sentiment de sécurité et – ultimement – sur la prise en charge de la santé sexuelle par les populations ciblées.

RECOMMANDATIONS POUR AMOINDRIR LES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET AUX MOYENS DE PROTECTION POUR LES PERSONNES DES COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES, SUBSAHARIENNES ET 2SLGBTQIA+

1. Renforcer l'alliance entre les actions communautaires et sanitaires en matière d'éducation et de santé sexuelle.

Il est primordial de saisir les opportunités pour parler de prévention, de dépistage et de traitements lors des soins plus généraux afin d'ouvrir la discussion et d'offrir un espace pour que les personnes puissent poser leurs questions. De la même façon, les initiatives d'éducation communautaire devraient être en mesure de démystifier les différentes instances sanitaires qui offrent des soins de santé sexuelle et de mieux expliquer concrètement comment y accéder. Les participant·es ont d'ailleurs souligné la nécessité que le système de santé et les différentes avenues en matière de prévention soient abordés plus directement lors du cursus scolaire ou dans des initiatives intracommunautaires. Ce type de pont contribuera à la responsabilisation des personnes ciblées et améliorera la conscience collective par rapport aux enjeux de santé sexuelle.

2. Être davantage visible et adapter les messages véhiculés aux différentes communautés à rejoindre.

Les participant·es caribéen·nes ont mis en évidence un élément phare de leur accès aux soins : elles, ils et iels ne sentent pas que les ressources disponibles leur sont adressées. Il devient donc clair qu'il faut interpeler directement les personnes immigrantes et clarifier la façon d'accéder aux différents services afin de faciliter leur navigation dans le système de santé québécois. De surcroît, le fait que les ressources se déploient et soient présentes dans les espaces communautaires déjà investis par les personnes immigrantes et les personnes de la communauté 2SLGBTQIA+ (par exemple dans le Village, à Montréal) diminuerait la gêne associée au fait de devoir s'exposer pour accéder aux soins. Il s'agit de proposer des espaces privilégiés et stratégiques pour rejoindre les communautés ciblées.

Dans une mesure similaire, il apparaît important pour les personnes rejointes dans le cadre du projet (tant lors des entretiens que lors des rencontres du comité consultatif) d'augmenter la disponibilité des moyens de protection dans les espaces publics de façon sécuritaire (c'est-à-dire à des endroits où toutes les communautés peuvent accéder, dans leurs réalités et sensibilités

propres). Idéalement, offrir davantage de visibilité aux différentes méthodes de protection dans des contextes variés et axés sur le plaisir serait à privilégier.

3. Former le personnel médical de façon plus large, afin que les soins et les moyens de protection soient accessibles, acceptables et adaptés de façon équitable.

Comme il a été possible de le constater, à la lecture des résultats du portrait présenté ici, il est nécessaire de bonifier l'accessibilité des soins et des moyens de protection, leur acceptabilité perçue par les communautés ciblées et leur adaptabilité aux besoins spécifiques des personnes qui y accèdent. Par exemple, cela pourrait vouloir dire de s'adapter à la perception qu'ont ces personnes de la santé en général, de la santé sexuelle, des soins prodigués et de l'approche adoptée par le personnel médical.

Concrètement, il pourrait s'agir de questionner un·e patient·e sur la vision qu'elle, il ou iel a des ITSS pour adapter son langage et ses interventions. Il s'agit d'une occasion parfaite pour défaire des mythes et d'encourager les connaissances déjà acquises. Cela contribue également à leur redonner du pouvoir sur la prise en charge de leur santé sexuelle.

Dans l'aménagement des espaces de soins, il est nécessaire d'amorcer une réflexion sur les façons d'entretenir des espaces anonymes, accueillants et sécuritaires pour prodiguer les soins de santé sexuelle à tous types de populations, dans l'optique qu'ils soient accessibles au plus grand nombre de personnes possible. Cela pourrait aussi inclure des espaces spécifiques à certaines communautés et menés par des pair·es pour discuter de sexualité, de moyens de protection et de santé sexuelle; par exemple, pour la communauté caribéenne, cela pourrait contribuer à amoindrir le tabou entourant la sexualité et de mener des interventions culturellement sensibles.

4. Développer les qualités interpersonnelles du personnel médical afin de renforcer des attitudes inclusives, sensibles et respectueuses et de développer des pratiques informées sur les réalités propres aux communautés pour s'assurer de répondre aux besoins des individus en matière de soins de santé sexuelle.

L'adaptation des soins passe forcément par une sensibilité accrue dans un contexte de soins en santé sexuelle. En effet, comme les résultats de l'enquête l'ont démontré, le fait de consulter en lien avec la sexualité implique une grande vulnérabilité; il est donc important pour les personnes consultées que le personnel médical fasse preuve de doigté dans leur approche. La complémentarité d'interventions sexologiques pourrait d'ailleurs être mise de l'avant pour assurer une approche plus sensible et adaptée à cette sphère de la santé globale. Les participant·es spécifient d'ailleurs leur besoin de se sentir considérées, écoutées, rassurées et de ne pas sentir de jugement de la part des professionnel·les rencontré·es. Elles, ils et iels soulignaient aussi l'impact du rapport de pouvoir entre les professionnel·les et les patient·es, qui rend encore plus essentiel cette sensibilité.

L'adéquation des soins passe également par une responsabilisation des professionnel·les quant au développement de pratiques sensibles aux réalités propres aux communautés auprès desquelles elles, ils et iels interviennent au quotidien. Il est essentiel d'observer chez le personnel médical une posture d'humilité culturelle, d'ouverture et une curiosité envers l'autre. Il est fondamental, pour offrir des soins qui répondent réellement aux besoins des usager·ères rencontré·es, de faire l'effort de mieux comprendre les enjeux auxquels leurs communautés font face et de prendre en considération le bagage culturel et émotionnel qui sous-tend leur démarche d'accès aux soins.

5. Déployer une offre de services variée, adaptée à des réalités plurielles et changeantes.

Malgré les nombreuses avancées technologiques dans les dernières années et le souci des gouvernements en place de faciliter la prise de rendez-vous et la navigation à travers le système de santé québécois, il est important de prendre en considération qu'une solution unique ne correspond pas à tou·tes. De façon générale, le constat qui émerge de l'analyse est la nécessité d'optimiser les outils de prise de rendez-vous afin de les rendre faciles d'utilisation, efficaces et accessibles dans des plages horaires diversifiées (par exemple : par téléphone, en personne sans rendez-vous, en proximité dans les ressources déjà fréquentées ou les événements communautaires, avec des horaires variés, etc.).

6. Offrir des soins de santé sexuelle gratuits.

La santé sexuelle fait partie de la santé globale et devrait être traitée avec la même importance, dans la même urgence, avec pour visée de protéger et de traiter toutes les personnes, et ce, sans égard au statut d'immigration ou à l'accès à la RAMQ. L'amélioration de l'offre de soins de santé sexuelle pour les personnes qui ne bénéficient pas des mêmes avantages que les immigrant·es régulier·es, les résident·es et les citoyen·nes canadien·nes pourrait d'ailleurs passer par l'instauration de cliniques spécifiques, la distribution large d'autotests de dépistage pour les ITSS et les soins communautaires « par et pour », pour ne nommer que quelques pistes.

7. Créer des espaces pour assurer du soutien à moyen/long terme aux personnes qui ont un diagnostic positif.

Le discours des personnes rencontrées oriente cette recommandation vers l'instauration d'interventions individuelles livrées par du personnel médical ou par des interventions communautaires comme des groupes de soutien. Dans le cas illustré ici, il s'agirait d'encourager les initiatives communautaires de soutien aux personnes qui vivent avec une ITSS dans les communautés caribéennes et 2SLGBTQIA+. En effet, comme le diagnostic positif à une ITSS peut entraîner des conséquences à plusieurs égards, les participant·es ont souligné la nécessité de renforcer le filet autour des personnes ciblées, que ce soit à même le système de santé ou – mieux encore – à travers des groupes intracommunautaires. Cela permettrait d'amoindrir les conséquences sociales et l'isolement associé et craint en lien avec le diagnostic positif à une ou plusieurs ITSS.

CONCLUSION

Le présent portrait a permis de mettre en lumière les barrières communes aux personnes appartenant aux communautés caribéennes et 2SLGBTQIA+, mais aussi celles qui sont spécifiques à chacune d'entre elles. Alors que la littérature s'est souvent intéressée à une communauté à la fois, l'initiative de L'Anonyme a permis de voir les intersections dans les obstacles à l'accès (sans oublier les spécificités) et démontre l'importance de mettre des efforts pour les amoindrir.

Ce portrait a aussi permis de souligner la responsabilité du système de santé québécois et de ses institutions, de même que celle des professionnel·les, à se renseigner et à toujours chercher à s'adapter aux personnes qui fréquentent leurs établissements dans une visée de maintenir la santé optimale et globale de ces populations.

La sexualité est un espace de vulnérabilité et d'intimité qui est commune aux êtres humains; il est d'autant plus important de s'y pencher et de valoriser les savoirs spécifiques et essentiels à des soins adaptés et sensibles. Le bagage que la personne traîne avec elle pour recevoir ce type de soins est teinté d'éléments sociaux, culturels et politiques qui affectent différemment chaque individu.

Il reste du travail à faire pour être en mesure d'offrir des soins de santé sexuelle équitables. Il demeure essentiel de garder en tête, collectivement, que « la capacité des [personnes] à être en bonne santé sexuelle et à éprouver un sentiment de bien-être à cet égard dépend de leur accès à des informations complètes et de bonne qualité sur le sexe et la sexualité; des connaissances dont [elles] disposent concernant les risques auxquels [elles] peuvent être confrontées et de leur vulnérabilité face aux conséquences néfastes d'une activité sexuelle non protégée; de leur capacité à accéder aux soins de santé sexuelle; et du milieu dans lequel [elles] vivent, à savoir un environnement qui affirme et promeut la santé sexuelle » (OMS, n.d.). Il apparaît donc essentiel d'organiser le système et d'outiller les professionnel·les qui y travaillent afin de répondre à ce droit fondamental.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Une des limitations majeures de cette étude consiste au fait que le nombre de participant·es (n=14) n'est pas suffisant pour représenter les diverses réalités des deux communautés ciblées par ce projet. En effet, il n'a pas été possible de recruter des personnes provenant des pays subsahariens et seule une personne s'identifiait comme caribéenne et *queer*. Les constats de ce rapport apportent donc un portrait plus global que nuancé des barrières vécues par les personnes caribéennes et celles des communautés 2SLGBTQIA+. Ainsi, il serait pertinent d'explorer davantage comment le fait de se situer à l'intersection de ces communautés influence le parcours d'accès aux soins de santé sexuelle, notamment pour les personnes s'identifiant comme femmes noires *queer*, car plusieurs recherches ont déjà été menées auprès d'hommes à cette intersection. Une autre limite importante de l'étude réside dans le fait que toutes les participant·es habitent sur l'île de Montréal. Les barrières ainsi que les facilitateurs exposés dans ce rapport se limitent donc à cette région géographique. De plus, la grande majorité des personnes rencontrées parlent davantage français, limitant la représentation des barrières liées à la langue parlée. Enfin, le poids des différentes dimensions du modèle de Levesque et al. (2013) n'est pas équivalent : certaines dimensions, comme l'adéquation, prennent davantage de place que d'autres. Cette limite du cadre conceptuel est d'ailleurs mise en lumière par l'étude de Cu et al. (2021) menée sur 31 études utilisant ce modèle. Afin d'atténuer ses déséquilibres, il peut être pertinent d'intégrer le cadre conceptuel dès la conception du canevas d'entrevue, ce qui n'a pas été fait dans le cadre de cette recherche.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (2018). Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>

Arnold, E. A., Rebhook, G. M., & Kegeles, S. M. (2014). « Triply cursed »: Racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Culture, Health and Sexuality*, 16(6), 710722. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.905706>

Balzarini, R. N., Dharma, C., Kohut, T., Holmes, B. M., Campbell, L., Lehmler, J. J., & Harman, J. J. (2019). Demographic comparison of american individuals in polyamorous and monogamous relationships. *Journal of Sex Research*, 56(6), 681694. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1474333>

Beauchesne Lévesque, S. G., Bouchard, A., Gallant Chenel, F., Martin, V. et Montminy, A. (2024). *Transitionner en contexte québécois*. <https://transitionner.info/>

Blais, M. & Séguin, L. (2019, 15 mai). L'intimidation vécue par les personnes de la diversité sexuelle ou de genre. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/intimidation/personnes-de-la-diversite-sexuelle-ou-de-genre>.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Casey, B. (2019). *La santé des communautés LGBTQIA2 : Rapport du Comité permanent de la santé*. [Rapport]. www.noscommunes.ca

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2025). Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/itss#:~:text=Certains%20groupes%20de%20la%20population%20sont%20plus%20touch%C3%A9s,comportements%20ou%20des%20habitudes%20de%20vie%20plus%20risqu%C3%A9s>.

Conley, T. D., Moors, A. C., Ziegler, A., & Karathanasis, C. (2012). Unfaithful individuals are less likely to practice safer sex than openly nonmonogamous individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 15591565. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02712.x>

Crête, J. (2010). L'éthique en recherche sociale. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 288307). Presses de l'Université du Québec.

Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(116), 114. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>

Djiadeu, P., Yusuf, A., Ongolo-Zogo, C., Nguemo, J., Odhiambo, A. J., Mukandoli, C., Lightfoot, D., Mbuagbaw, L., & Nelson, L. R. E. (2020). Barriers in accessing HIV care for Francophone African, Caribbean and Black people living with HIV in Canada: a scoping review. *BMJ open*, 10(8), 18. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036885>

Edmiston, E. K., Donald, C. A., Sattler, A. R., Peebles, J. K., Ehrenfeld, J. M., & Eckstrand, K. L. (2016). Opportunities and Gaps in Primary Care Preventative Health Services for Transgender Patients: A Systematic Review. *Transgender Health*, 1(1), 216230. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0019>

Eiduson, R., Murchison, G. R., Agénor, M., Suarez, L., & Gordon, A. R. (2022). Sexual healthcare experiences of nonbinary young adults. *Culture, Health and Sexuality*, 24(10), 13191335. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1946595>

- Erickson, M., Shannon, K., Sernick, A., Pick, N., Ranville, F., Martin, R. E., & Krüsi, A. (2019). Women, incarceration and HIV: A systematic review of HIV treatment access, continuity of care and health outcomes across incarceration trajectories. *AIDS*, 33(1), 101111. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002036>
- Etowa, J., Tharao, W., Mbuagbaw, L., Baidooobonso, S., Hyman, I., Obiorah, S., Aden, M., Etowa, E. B., Gebremeskel, A., Kihembo, M., Nelson, L. R., & Husbands, W. (2022). Community perspectives on addressing and responding to HIV-testing, pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) among African, Caribbean and Black (ACB) people in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13093-0>
- Farvid, P., Vance, T. A., Klein, S. L., Nikiforova, Y., Rubin, L. R., & Lopez, F. G. (2021). The health and wellbeing of transgender and gender non-conforming people of colour in the United States: A systematic literature search and review. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 31, 703731. <https://doi.org/10.1002/casp.2555>
- Frye, V., Wilton, L., Hirshfeld, S., Chiasson, M. A., Usher, D., Lucy, D., McCrossin, J., Greene, E., & Kobin, B. (2015). « Just because It's Out There, People Aren't Going to Use It. » HIV Self-Testing among Young, Black MSM, and Transgender Women. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(11), 617624. <https://doi.org/10.1089/apc.2015.0100>
- Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S., & Lespérance, P. (2023). *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire*. [Rapport]. www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec
- Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B., & Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 35(4), 866876. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz080>
- Huang, E., Marlin, R. W., Young, S. D., Medline, A., & Klausner, J. D. (2016). Using grindr, a smartphone social-networking application, to increase HIV self-testing among black and latino men who have sex with men in Los Angeles, 2014. *AIDS Education and Prevention*, 28(4), 341349. <https://doi.org/10.1521/aeap.2016.28.4.341>
- Institut national de santé publique du Québec (2024). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2022 et projections 2023. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3533-infections-transmissibles-sexuellement-2022-projections-2023.pdf>
- Dattadeen, J.-A. (2016). *Developing effective HIV prevention, treatment and support programs for African, Caribbean and Black (ACB) communities in Canada*. Brown University.
- Lacombe-Duncan, A., Kia, H., Logie, C. H., Todd, K. P., Persad, Y., Leblanc, G., Nation, K., Scheim, A. I., Lyons, T., Horemans, C., & Loutfy, M. (2021). A qualitative exploration of barriers to HIV prevention, treatment and support: Perspectives of transgender women and service providers. *Health and Social Care in the Community*, 29(5), e33e46. <https://doi.org/10.1111/hsc.13234>
- Laprise, C., & Bolster-Foucault, C. (2021). Understanding barriers and facilitators to HIV testing in Canada from 2009–2019: A systematic mixed studies review. *Canada Communicable Disease Report*, 47(2), 105125. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i02a03>
- Le, D. (2016). *The Health of Racialized Sexual and Gender Minorities in Canada: A Literature Review*. University of British Columbia.
- Lehmiller, J. J. (2015). A Comparison of Sexual Health History and Practices among Monogamous and Consensually Nonmonogamous Sexual Partners. *Journal of Sexual Medicine*, 12(10), 20222028. <https://doi.org/10.1111/jsm.12987>

- Lessard, D., Lebouché, B., Engler, K., Thomas, R., & Machouf, N. (2015). Explaining the appeal for immigrant men who have sex with men of a community-based rapid HIV-testing site in Montreal (Actuel sur Rue). *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 27(9), 10981103. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1028880>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levy, M. E., Wilton, L., Phillips, G., Glick, S. N., Kuo, I., Brewer, R. A., Elliott, A., Watson, C., & Magnus, M. (2014). Understanding structural barriers to accessing HIV testing and prevention services among black men who have sex with men (BMSM) in the United States. *AIDS and Behavior*, 18(5), 972996. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0719-x>
- Logie, C. H., Jenkinson, J. I. R., Earnshaw, V., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2016). A structural equation model of HIV-related stigma, racial discrimination, housing insecurity and wellbeing among African and Caribbean Black women living with HIV in Ontario, Canada. *PLoS ONE*, 11(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162826>
- Martel, M. (2018). *La prévention du VIH auprès des HRSH montréalais : une étude exploratoire de l'accès aux services menée sous l'angle de la prévention combinée*. Université du Québec à Montréal.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2020). *Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/itss/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang-itss/>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Morris, J. L., Lippman, S. A., Philip, S., Bernstein, K., Neilands, T. B., & Lightfoot, M. (2014). Sexually transmitted infection related stigma and shame among African American Male Youth: Implications for testing practices, partner notification, and treatment. *AIDS Patient Care and STDs*, 28(9), 499506. <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0316>
- Ngobi, J. B., Pottie, K., Leonard, L., Tugwell, P., Hoffman, S., & Welch, V. (2020). Multi-level barriers to reaching HIV testing among young heterosexual African migrants from HIV-endemic countries in Ottawa. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 291, 7993. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2019-0033>
- O'Byrne, P., Musten, A., McCready, L., Robinson, R., Durrant, G., Tigert, J., & Orser, L. (2022). HIV self-testing enabled access to testing for Black persons: The GetaKit study. *Research in Nursing and Health*, 16. <https://doi.org/10.1002/nur.22293>
- Odhiambo, A. J., Forman, L., Nelson, L. E., O'Campo, P., & Grace, D. (2022). Unmasking legislative constraints: An institutional ethnography of linkage and engagement in HIV healthcare for African, Caribbean, and Black people in Ontario, Canada. *PLOS Global Public Health*, 2(9), 131. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000714>
- ONUSIDA. (2021). *Le VIH, la stigmatisation et la discrimination : La série de fiches d'informations sur les droits humains*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_fr.pdf
- Philbin, M. M., Parker, C. M., Parker, R. G., Wilson, P. A., Garcia, J., & Hirsch, J. S. (2016). The Promise of Pre-Exposure Prophylaxis for Black Men Who Have Sex with Men: An Ecological Approach to Attitudes, Beliefs, and Barriers. *AIDS Patient Care and STDs*, 30(6), 282290. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0037>

- Pilabré, F. (2018). *Accès aux soins de santé : expériences de migrants sans assurance maladie à Montréal, Canada*. Université de Montréal.
- Qiao, S., Zhou, G., & Li, X. (2018). Disclosure of Same-Sex Behaviors to Health-care Providers and Uptake of HIV Testing for Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 11971214. <https://doi.org/10.1177/1557988318784149>
- Rosenberg, S., Callander, D., Holt, M., Duck-Chong, L., Pony, M., Cornelisse, V., Baradaran, A., Duncan, D. T., & Cook, T. (2021). Cisgenderism and transphobia in sexual health care and associations with testing for HIV and other sexually transmitted infections: Findings from the Australian Trans & Gender Diverse Sexual Health Survey. *PLoS ONE*, 16(7), 1. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253589>
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to Identify Themes. *Field Methods*, 15(1), 85109. <https://doi.org/10.1177/1525822X02239569>
- Saulnier, M.-S. (2024). *L'intersectionnalité et l'analyse différenciée selon les sexes plus (ADS+) : Comprendre les complexités des inégalités*. Observatoire québécois des inégalités. <https://observatoiredesinegalites.com/intersectionnalite-ads/>
- Scheim, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 29(8), 990995. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>
- Seelman, K. L., & Poteat, T. (2020). Strategies used by transmasculine and non-binary adults assigned female at birth to resist transgender stigma in healthcare. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 350365. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1781017>
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>
- Underhill, K., Morrow, K. M., Collieran, C., Holcomb, R., Calabrese, S. K., Operario, D., Galárraga, O., & Mayer, K. H. (2015). A Qualitative Study of Medical Mistrust, Perceived Discrimination, and Risk Behavior Disclosure to Clinicians by U.S. Male Sex Workers and Other Men Who Have Sex with Men: Implications for Biomedical HIV Prevention. *Journal of Urban Health*, 92(4), 667686. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9961-4>
- Wall, C. S. J., Patev, A. J., & Benotsch, E. G. (2023). Trans broken arm syndrome: A mixed-methods exploration of gender-related medical misattribution and invasive questioning. *Social Science and Medicine*, 320. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115748>
- World Health Organization (WHO). (2024). *Infections sexuellement transmissibles (IST)*. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

PARCOURS CROISÉS :

QUELLES SONT LES **BARRIÈRES D'ACCÈS** AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET AUX MOYENS DE PROTECTION DES ITSS POUR LES PERSONNES DES COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES ET 2SLGBTQIA+ À MONTRÉAL?

CONTEXTE

- Les communautés caribéennes, subsahariennes et/ou 2SLGBTQIA+ sont particulièrement touchées par les enjeux d'accès aux soins de santé sexuelle. Cette vulnérabilité s'explique par différents facteurs, notamment :
 - Le manque de connaissances des professionnel·les de la santé à l'égard des réalités spécifiques et des particularités culturelles repousse les personnes à accéder au système; (réf. 1, 2)
 - Le stress minoritaire, l'homophobie intériorisée, le manque de soutien social, la discrimination (réf. 3, 4, 5, 6) et la stigmatisation croisée (en lien avec le statut séropositif au VIH, avec l'appartenance à la communauté 2SLGBTQIA+ et/ou au fait d'être racisé·e) (réf. 7, 8, 9, 10) créent un climat défavorable (peur, honte, découragement) pour ces personnes d'accéder aux soins qui leur sont nécessaires.
- Les personnes de ces communautés expriment divers besoins en matière de soins de santé sexuelle, notamment que les personnes caribéennes, subsahariennes et 2SLGBTQIA+ soient reconnues et impliquées dans la réflexion sur l'accès aux soins spécifiques à leurs communautés et dans la mise en action de ces soins. (réf. 2)

Ce document résume le parcours d'accès aux soins de santé sexuelle emprunté par les personnes interrogées, selon le modèle proposé par Levesque et al. (réf. 11). Celui-ci permet de comprendre les étapes à travers lesquelles elles naviguent et les éléments liés au système de santé qui peuvent influencer ce processus.

POUR CITER CE DOCUMENT : St-Gelais, C., Gauthier-Paquette, L., Agesilas, A., Saint-Louis, D., Lépine, F. et Jolette, S. (2025). Parcours croisés : quelles sont les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection des ITSS pour les personnes des communautés caribéennes et 2SLGBTQIA+ à Montréal? Fiche synthèse [En ligne]. <https://anonyme.ca/outils/sante-sexuelle/#infographie-mouve>

POUR ACCÉDER À LA VERSION COMPLÈTE DU RAPPORT : <https://anonyme.ca/outils/sante-sexuelle/#rapport-mouve>

LA RECHERCHE MOUVE, C'EST...

- Une initiative qui vise à décrire les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle pour les populations subsahariennes et caribéennes ainsi que 2SLGBTQIA+ .
- 14 entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès de personnes appartenant aux communautés visées*.
- Des comités consultatifs ont été réalisés à plusieurs reprises, afin d'impliquer davantage les personnes des communautés dans le processus de recherche.
- Le croisement entre les constats ayant émergé du discours des participant·es et les données disponibles dans la littérature a permis de mettre en lumière des recommandations qui seront adressées aux professionnel·les de la santé et – plus largement – aux instances gouvernementales responsables du système de santé québécois.

**Seulement des personnes caribéennes et/ou 2SLGBTQIA+ ont pu être rejointes.*

PARCOURS D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET AUX MOYENS DE PROTECTION

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

DEUX
POPULATIONS

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+

Facteur ayant une incidence sur tout le parcours

Le **tabou** entourant la sexualité : une **trame de fond** bien présente pour les communautés caribéennes.

« La plus grosse barrière, je pense, c'est le tabou et le fait qu'on n'en parle pas. Donc, du coup, mais comme on n'en parle pas, on ne sait pas non plus qui aller voir ni quand aller voir. » (Priya)

1

MANIFESTATION D'UN BESOIN LIÉ À LA SANTÉ SEXUELLE

Accessibilité

L'offre de services de santé sexuelle au Québec apparaît comme complexe à naviguer.

« Moi, je pense aussi que l'information aussi soit [...] comme plus facile à trouver. [...] Avant que je sache qu'il y a l'infirmier, c'était vraiment dur d'avoir cette accessibilité à l'information. Puis c'était pas trop clair. C'était quoi... Les conditions qu'il fallait que t'aies pour avoir accès à des soins gratuitement ou pas. » (Alyssa)

Le manque d'inclusivité dans les publicités entraîne un sentiment d'illégitimité à utiliser certains services.

« [...] on peut aussi avoir des réticences, par rapport au statut d'immigré, d'y aller parce qu'on se dit que ce n'était peut-être pas pour nous » (Soleil)

« [...] c'est clair que si on voit une affiche de sensibilisation, une capsule vidéo ou autre, où c'est juste des personnes [...] blanches, québécoises, on peut ne pas se sentir concerné-es. » (Soleil)

Le système de santé québécois est vu comme étant coûteux et compliqué.

« Et on a aussi la préconception, qui est un peu très réaliste, que le système de santé, c'est un système de santé qui est très compliqué là-bas. Donc finalement, ça peut être aussi une barrière à se dire « Non, c'est compliqué. Il faudra payer 200, 300, 400 et autres pour faire des tests ». Je n'ai pas l'argent pour ci. » (Soleil)



Certains éléments de promotion fonctionnent bien, surtout ceux adressés à la communauté queer.

« Il y a des plateformes comme Club Sexu [...] qui... Tsé qu'ils sont vraiment éducatifs pis qu'ils parlent des moyens de protection pis qu'ils les normalisent pis qu'ils... qui rendent ça comme quelque chose de ben normal pis d'accessible. Fait que, tsé, je trouve ça le fun. » (Victor)

Légende



Obstacles



Facilitateurs



À prendre en considération

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+

Perception du risque et des besoins

La manière dont les ITSS sont vues et discutées dans chaque communauté a une incidence sur leur perception des risques encourus et des besoins qui en découlent :

Les ITSS sont perçues comme étant sales et dégoûtantes, ce qui entraîne du jugement et de la honte.



Les enjeux sexuels sont discutés et peu tabous.

« [...] c'est systématique, il y a toujours des questions qui sont posées sur le consentement, la protection, les résultats de tests, c'est toujours très clair » (Ani)

« Si on ne sait même pas comment sont transmis les ITSS – enfin, on sait de façon globale mais – si on ne sait pas réellement comment sont transmis les ITSS, on ne peut pas comprendre les enjeux et la nécessité de se protéger ou la façon de se protéger » (Soleil)

Les ITSS sont hiérarchisées selon leur niveau de traitabilité, ce qui amène une insouciance variable selon la gravité perçue.



« C'est peut-être plus les infections qui sont irréversibles, c'est sûr qu'on est tous vraiment comme, t'sais, on a peur d'avoir ça et tout, mais, mettons, les ITSS, c'est sûr qu'on est plus habitués d'entendre parler, mettons, la gonorrhée, la chlamydia, tout ça, c'est comme si... J'ai l'impression que dans la communauté, c'est comme, bon, c'est pas un big deal, ça peut arriver. » (Victor)

Le manque de connaissances sur les ITSS altère la perception du risque.



« Ensuite, il faudrait déconstruire un peu dans le mindset un peu global de ces communautés le... ce que c'est en fait la santé sexuelle, le rapport au sexe, le rapport au corps, etc. Parce que je pense qu'il y a une grosse gêne à en parler, comme j'ai dit précédemment. » (Anna)

« Je trouve ça vraiment important de pouvoir en parler de façon assez ouverte et sans tabou. Parce que sinon, je trouve que ça protège tout le monde. Le plus on en parle, le plus ça peut protéger tout le monde parce qu'on est au courant. Cette information est importante. C'est important de connaître les [...] risques. » (Simon)



L'éducation sexuelle est un facilitateur important pour améliorer la perception de ses besoins.

Il y a présence d'un déni collectif vis-à-vis des ITSS, déni qui est alimenté par le tabou entourant les enjeux de santé sexuelle.



Une conscientisation accrue des risques liés aux ITSS est observée, étant donné l'historique des communautés 2SLGBTQIA+.



Discuter de santé sexuelle augmente la perception du risque et amène une conscientisation vis-à-vis de la prise en charge de sa santé sexuelle.

« Quand les proches en parlent, c'est beaucoup plus facile. En tout cas, personnellement. Parce que je me dis, ah, ben, ça arrive aux autres, ça peut m'arriver. » (Priya).

« Ça peut devenir partie de la routine. Je sais que c'est comme ça que moi, j'ai commencé à faire ça, à me faire dépister plus régulièrement, parce que... Une de mes partenaires a fait, « ah ouais, moi, je me fais dépister ». « Ah ouais, je devrais faire ça quand même. » Et puis, ça m'a entraîné à ce que ça devienne une partie de ma routine. » (Simon)

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+



Être en relation non-monogame consensuelle ou en relation polyamoureuse augmente la perception du risque et contribue à une meilleure prise en charge de sa santé sexuelle.

« [Le polyamour] c'est une pratique, en fait, c'est une philosophie de vie qui revient et qui est très présente dans la communauté LGBT, et donc effectivement, c'est hyper important qu'on soit bien encadré-es au niveau de la santé pour être sûr qu'on ne transmet pas des choses à tout le monde. » (Ani)



Avoir conscience des enjeux qui découlent de la prise en charge de sa santé sexuelle est un facilitateur à aller chercher les soins nécessaires et contribue à la prévention.

« Ouais, la conscience de tout un chacun à prendre en charge sa santé sexuelle, pour moi, ça pourrait être un des facilitateurs. » (Soleil)

2

PERCEVOIR SON BESOIN ET DÉSIRER OBTENIR DES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE OU DES MOYENS DE PROTECTION POUR LE COMBLER

Acceptabilité sociale des services et des soins

Les normes culturelles et les pressions sociales ancrées dans le passé colonial peuvent freiner les personnes caribéennes à aller consulter certains services.



« Un noir, ça veut toujours bien paraître. [...] C'est sûrement à cause de qu'est-ce qui s'est passé dans le passé là, l'esclavage genre. Ils veulent se valoriser. [...] Pis comme le fait d'aller dans [un organisme qui vient en aide aux personnes vulnérables et marginalisées], ça te dévalorise [...] » (Moana)



Le système de santé est perçu comme hostile et discriminatoire.

« T'sais, le fait qu'on va souvent se faire dire les mêmes commentaires ou les mêmes choses quand on va consulter un professionnel de la santé, ça fait qu'on se sent peut-être un peu stigmatisé-es, pis ça fait qu'il y a des gens peut-être qui vont éviter, justement, [...] de prendre ces initiatives-là, d'aller consulter, d'aller faire des tests, de voir des professionnel·les, parce que malheureusement, [...] Ils savent qu'ils peuvent probablement vivre des discriminations, pis des situations désagréables avec un professionnel de la santé. » (Victor)

Capacité à rechercher les services offerts

Le tabou entourant la sexualité entraîne de la peur, du malaise ou du déni, limitant la volonté à rechercher les soins ou les moyens de protection.



« So I think that, personally, what would make me scared to go get tested would be just the fear of knowing that the results are going to be positive or negative.¹ » (Wackywoodzy)



La peur de recevoir un résultat positif est un frein à la motivation à aller se faire dépister.

« Je pense que les gens ont un peu peur de savoir la réponse aussi parce qu'au moment où tu l'as, là, c'est autre chose. » (Alyssa)

¹ Traduction libre: « Je pense que, personnellement, ce qui m'effrayerait à l'idée de faire un test de dépistage serait simplement la peur de savoir que les résultats seront positifs ou négatifs. »

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+

Une difficulté à trouver les soins appropriés à travers l'offre de service est soulignée. ❌

« Je ne sais pas comment prendre le rendez-vous. Il y a plein d'informations. Ce n'est pas les mêmes mots ici par rapport à là-bas. Ici, c'est ITSS. Nous, c'est IST et MST. [...] Puis, je me suis dit, c'est compliqué, j'abandonne. » (Priya)

La présence de listes de médecins *queer-friendly* circulant dans les communautés 2SLGBTQIA+ facilite la recherche pour avoir des soins appropriés et adéquats. ✅

« [...] en fait il y a souvent des listes, en fait moi, j'ai pas mal voyagé, dans toutes les villes que j'ai vécu, il y a toujours des listes qui circulent dans la communauté LGBT avec des médecins qui sont queer-friendly dessus » (Ani)

3

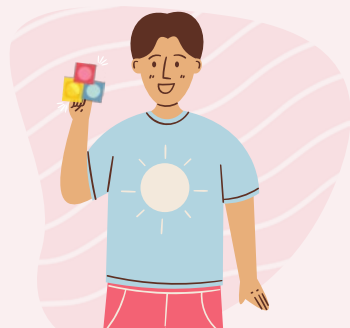
RECHERCHER DES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE OU DES MOYENS DE PROTECTION ADAPTÉS À SES BESOINS

Disponibilité des services et des soins

Les condoms externes sont considérés comme faciles à se procurer. ✅

« Pour les préservatifs, je pense que oui, parce que tout le monde peut en trouver au supermarché. Donc, oui. Je dirais que ça, par contre, c'est bon, c'est assez facile. » (Anna)

« Ben, mettons, le *basic* condom, ça, c'est facile d'accès, mais t'sais, il y a quand même d'autres moyens de protection qui sont pas toujours... faciles d'accès. » (Victor)



Amener les dépistages dans les endroits communautaires en faciliterait l'accès. ✅

« Peut-être, amener les dépistages dans les endroits communautaires, comme les clubs, bars, journées communautaires de Fierté, s'il y a des centres communautaires LGBT, tous les espaces communautaires, ça serait bien de faire des journées de dépistage. Ça serait vraiment top de faire ça. » (Ani)

Les cliniques spécialisées dans le dépistage sont appréciées pour leurs disponibilités variées. ✅

« [...] dans le sens où les soins, de façon générale, de la santé sont difficiles d'accès, il est nécessaire d'avoir un médecin de famille ou autre. » (Soleil)

« Je vais pouvoir prendre un rendez-vous en ligne assez rapidement [chez Prélîb]. Ça aussi, ça aide. [...] Il y a beaucoup de plages horaires de disponibles en général. On peut souvent les faire en genre une ou deux semaines après la prise de rendez-vous. » (Simon)

La difficulté à accéder à un médecin de famille est une barrière importante à l'accès aux soins de santé. ❌

« [...] pour avoir un médecin, c'est super difficile, surtout quand on est étranger. » (Anna)

« [...] je trouve qu'il y a beaucoup d'étapes pis il y a beaucoup d'enjeux pour quand on n'a pas de médecin de famille, c'est tellement compliqué de voir un médecin. » (Victor)

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+



Les portes d'accès alternatives au système de santé sont appréciées et devraient être diversifiées.

« [...] avoir une infirmière à l'école, qui t'offre ces opportunités [de dépistage], ça aide » (Alyssa)

« Maintenant, je travaille et j'ai accès à Dialog. Et là, par contre, avec Dialog, c'est quand même beaucoup plus rapide. Dans l'heure, on peut avoir accès à une consultation avec une infirmière ou quoi. » (Anna)



Capacité à atteindre les services



Le temps et l'énergie nécessaire pour parvenir aux soins de santé peuvent décourager certaines personnes d'y accéder.

« Si tu n'as pas une journée de libre ou que tu as quelqu'un qui a beaucoup de choses à faire, des fois, c'est dur de trouver une journée complète pour quelque chose qui est non prioritaire, on va dire, parce que tu sais que tu vas attendre assez longtemps. » (Alyssa)

« J'ai passé au-dessus d'un mois, j'ai dû passer au total une vingtaine d'heures, à appeler toutes sortes de ressources qui n'allaient pas me facturer 300\$ pour me faire tester. » (Ani)



Les efforts déployés pour avoir un rendez-vous peuvent être plus importants pour avoir accès à des ressources *queer-friendly*, étant donné leur nombre plus réduit.

« [Si] tu veux avoir accès à des soins avec une personne qui va prendre [tes réalités spécifiques en tant que personne queer] en considération, tu vas être obligé de passer par [la liste *queer-friendly*], donc, potentiellement, ça va être plus compliqué parce que ces médecins n'ont pas forcément d'ouverture ou de rendez-vous disponibles rapidement [...] » (Ani)

4

ACCÉDER AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET AUX MOYENS DE PROTECTION

Abordabilité des soins et services



Le coût des soins en santé sexuelle varie grandement selon le contexte socioéconomique des personnes, notamment en fonction de leur accès à la RAMQ.

« Moi, j'ai une amie qui ne travaillait pas et qui n'a pas accès au système de santé général. Et elle a dû payer je ne sais pas combien de dollars pour faire un test. » (Anna)

« [...] si j'avais les moyens je payerais les 300\$, mais là je suis étudiant, je n'ai pas de travail, je n'ai pas les 300\$ pour me faire tester, ça aucun sens. » (Ani)



Ne pas être couvert·e par la RAMQ augmente la probabilité que la personne n'accède pas aux services ou aux soins.

« Je pense qu'il y a quand même un pourcentage de personnes à Montréal énorme qui sont dans la même situation que moi [sans RAMQ] et qui ne se font pas tester parce qu'ils n'ont pas accès à des ressources gratuitement. » (Ani)

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+

Capacité à payer



Être dans une situation économique précaire est un obstacle à l'accès aux soins et à la protection.

« Dans les cliniques privées ou encore les préservatifs, tout le monde n'a pas forcément les moyens, je pense, de se fournir. » (Anna)

« Genre, 15 piastres [pour des tests de dépistage chez Prélîb pour les personnes avec RAMQ], ce n'est pas beaucoup pour moi. Mais il n'y a pas tout le monde qui a ça. Et j'en suis très conscient. » (Simon)

« [...] ça coûterait tellement moins au niveau de la santé publique si tu veux faire des dépistages gratuits que de devoir traiter des affaires parce qu'on n'a pas su et qu'il y a eu plus de transmission dans la communauté. Donc, ça devrait être gratuit. » (Simon)



Les moyens de protection et les tests de dépistage devraient être gratuits pour tout le monde.

5

UTILISER LES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET LES MOYENS DE PROTECTION POUR RÉPONDRE À SES BESOINS

Adéquation des soins



La rapidité et l'efficacité des soins offerts par les cliniques spécialisées sont appréciées.



« Fait que je trouve ça le fun pour ça que [la clinique L'Actuel], j'ai comme la certitude que je peux avoir un test de dépistage rapidement pis que quelqu'un va me répondre. Ils prennent ça au sérieux quand tu leur dis aussi que tu as été en contact avec quelqu'un qui ne s'est pas protégé, mettons. [...] Ils vont te mettre en priorité. Ils prennent ça comme une urgence. Je trouve ça le fun. » (Victor)



Avoir des espaces anonymes, accueillants et sécuritaires est apprécié.

« Parce que dans les îles, surtout dans la Caraïbe, ce sont des petites îles, donc en général, on dit souvent que tout le monde se connaît, même si ce n'est pas vrai, mais il y a quand même une proximité, souvent. On peut faire des liens avec les gens, etc. Ici, j'avoue qu'il y a plus d'anonymat. Donc ça, c'est plus facile parce qu'on a souvent... On est souvent moins gênés, en fait, d'y aller. » (Soleil)

« Je dirais que c'est une bonne option [Prélîb]. Surtout parce qu'il y a... on ressent un peu qu'il y a une certaine anonymité; on a vraiment l'impression que c'est comme assez anonyme, ça c'est bien. » (Simon)



Des questionnaires qui ne sont pas assez inclusifs ni assez précis, entraînant une mauvaise évaluation des tests de dépistage à effectuer.

« [...] quand on parle de genre, il y a des fois où la question c'est – je me suis déjà fait poser la question – est-ce que je couche avec des hommes; et la réponse est non, mais en fait la question c'était est-ce que tu couches avec des personnes qui ont des pénis et puis là la réponse c'était oui et puis c'était aussi le genre, etc. Ça, c'était des questions importantes, mais c'est pas les questions qui ont été posées. » (Simon)

ANNEXE I FICHE RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX CONSTATS ET DES RECOMMANDATIONS

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+

Recevoir des soins par des personnes appartenant à la même communauté que soi aide à l'adéquation.

« Pour moi aussi, de pouvoir avoir un endroit, [...] on sait qu'il y a, par exemple, une intervenante ou un intervenant d'origine, peu importe, ou en tout cas noir-e, [...] Il y a quelque chose de la reconnaissance où c'est plus simple, parce qu'on n'a pas besoin de... on n'a pas besoin de se justifier, on n'a pas besoin d'expliquer notre réalité. » (Soleil)

« Je pense qu'il faudrait que ce soit des personnes queer qui fassent les dépistages, ça c'est clair. C'est quand même vachement plus simple de discuter avec quelqu'un qui fait partie de la communauté que de parler avec quelqu'un d'hétéro qui ne comprend pas forcément nos réalités. » (Ani)

La présence de rapport de pouvoir avec les patient-es (particulièrement en santé sexuelle) place ces dernier-ères dans une position de vulnérabilité.

« Donc, pour moi, d'aller dans un endroit de soins où il y aura des questions qui vont être posées, où généralement, il y a des tests physiques, il y a des osculations physiques, du moins. Par exemple, je trouve qu'on peut ne pas être confortable. » (Soleil)

« [...] c'est difficile de faire remarquer à un personnel du corps médical, particulièrement quand c'est un médecin et quand c'est une personne cisblanche, que son discours est offensant. » (Ani)

Les personnes 2SLBTQIA+ sont parfois confrontées à des attitudes discriminatoires, stigmatisantes et déshumanisantes de la part du corps médical.

« Il y a encore du monde qui voit ça comme c'est sale, genre, que comme on est...Qu'on couche à droite pis à gauche sans se protéger pis qu'on a tous le VIH, t'sais, je trouve ça déshumanisant pis c'est frustrant. » (Victor)

« [...] il y a des fois où est-ce que la personne qui te prend, que ce soit un infirmier ou un médecin, écoute pas ce que tu dis. Écoute pas vraiment les problèmes. Ils vont te suggérer autre chose que... En tout cas, je trouve que ça n'a pas du tout rapport avec le problème pourquoi tu es venu-e prendre le rendez-vous. » (Nounou)

« Genre, il n'y a pas tout le monde qui traite les personnes trans comme des personnes. Et de se faire mégenrer ou morinommer à cause de ce qui est écrit sur la carte RAMQ, c'est un problème. [...] Ça décourage sûrement les gens à y accéder. » (Simon)

Un manque d'écoute et d'empathie est parfois observé chez les professionnel-les de la santé.

« [...] et les gens, ben, de ces services-là, même s'ils font un bon travail, etc., ils sont pas forcément au courant de toutes les croyances, les préoccupations, en fait, des personnes qui viennent de la Caraïbe. Et du coup, ça peut créer une sorte de... d'écart, de... enfin, de distance, même dans la communication. » (Anna)

« En tout cas, moi, j'ai ressenti ça souvent, mais j'ai eu l'impression que je n'allais pas avoir le bon traitement. Parce qu'on ne veut comme pas me toucher. Il faut que ça aille vite. Pis j'ai peur d'être comme traité pour la mauvaise affaire, t'sais, à cause que la personne, elle veut se débarrasser de mon cas, t'sais, le plus vite possible. » (Victor)

Le manque de sensibilisation aux réalités et à la culture des communautés caribéennes peut entraîner une certaine distance et un sentiment de ne pas avoir été compris-es.

« Par exemple, aussi, je vais le dire, ça peut être aussi un enjeu où on sait qu'en face, il y aura peut-être nécessairement des personnes blanches qui ne sont pas très au courant de notre réalité. Ou bien, je ne sais pas, qui ne vont pas prendre soin, en tout cas. » (Soleil)

La méconnaissance des réalités des communautés queer et le manque d'inclusivité dans leurs interventions peuvent amener des moments malaisants, stressants ou même offensants.

« [...] souvent, les médecins, les professionnel-les à la santé [...] vont assumer qu'on est hétérosexuel ou assumer notre genre. [...] Ça crée déjà une barrière. Les premières questions qu'ils vont te poser [...], ça fait déjà un inconfort parce qu'on a l'impression qu'ils ne vont même pas être en mesure de savoir qu'est-ce qui se passe. » (Victor)

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+

Capacité à s'engager



L'attente pour effectuer les tests de dépistage ou pour recevoir les résultats engendre du stress pouvant amener une personne à quitter avant d'avoir complété le processus.

« Je vais leur dire que... [...] Je suis là pour toi. T'es pas toute seule. On va passer au travers. Juste rassurer la personne. Sans jugement. » (Nounou)

« Especially when someone from that community has all the paperwork and has all the scheduled appointments, don't make them wait longer than they should. Because then that, going back to what I said earlier, that builds, that would build for me, especially more fear, and I would get more anxious, and then I would decide to leave, which has happened a few times. And just get tired of waiting.² » (Wackywoodzky)



Le soutien de sa communauté et de ses proches est un facilitateur à l'engagement dans les traitements.

Les conséquences sociales, suite à un diagnostic positif, peuvent diminuer le soutien reçu et sont davantage observées dans les communautés caribéennes.



« The first thing that should be done I believe would be the most important would be the people in that person's circle, the people in the community should show support. [...] Because stuff does happen unfortunately and the best way to go through it is with support.³ » (Wackywoodzky)

« Donc, c'est ça. Il y a les conséquences sociales aussi. Si jamais c'est su, par exemple, d'avoir une ITSS, etc., ça va vite, les gens parlent. Donc, très vite, on peut être associé à un type de personne ou en tout cas à une catégorie de personnes, d'avoir une étiquette de personnes qui transmettent des ITSS, de personnes qui sont malades, de filles qui ne sentent pas bon. » (Soleil)



² Traduction libre : « Surtout quand quelqu'un de cette communauté a toute la paperasse et a prévu tous les rendez-vous, ne laissez pas ces personnes attendre plus qu'elles ne le doivent déjà. Parce qu'après ça, comme je disais plus tôt, cela crée, cela pourrait créer, pour moi, particulièrement plus de peur, et je deviendrais plus anxieux, et là je pourrais décider de quitter, ce qui est déjà arrivé plusieurs fois. Et on devient juste fatigué-es d'attendre. »

³ Traduction libre : « La première chose qui devrait être faite, et la plus importante, je crois, serait pour les personnes qui sont dans le cercle de la personne, les gens de la communauté devraient démontrer du soutien. [...] Parce que ces choses peuvent arriver malheureusement et la meilleure façon de passer au travers c'est avec du soutien. »

COMMUNAUTÉS CARIBÉENNES

COMMUNAUTÉS 2SLBTQIA+

DES BESOINS EXPRIMÉS

Importance de se sentir considéré·e, écouté·e et accueilli·e sans jugement.

« [...] je pense qu'il faut vraiment sur ce genre de sujet y aller avec un cœur ouvert sans préjugé et avec de l'ouverture d'esprit envers la personne, essayer de comprendre sa situation » (Alyssa)

« Fait que déjà, je trouve que si les gens savaient, qu'ils allaient être reçus comme ça avec plus d'empathie pis plus d'écoute pis le temps qu'il faut pour les recevoir, ça serait déjà rassurant, je trouve. » (Victor)

« C'est juste de rassurer la personne parce que ça se fait que c'est déjà compliqué pour elle de faire ce... de prendre ce rendez-vous puis ça se peut qu'elle n'en ait pas parlé avec sa famille puis avoir quelqu'un qui la rassure puis qui... qui... Juste avoir quelqu'un qui la rassure puis qui l'écoute, c'est... ça serait bien. » (Nounou)

Nécessité de prendre le temps, car certaines personnes peuvent ressentir de la gêne à cause du caractère tabou.

« Y'a des gens que la santé sexuelle c'est quelque chose qui est tabou pour eux. Comme, juste y aller doucement [...] juste attendre que la personne soit confortable de vous parler de sa situation. Comme [...] je sais qu'ils ont pas le choix de poser certaines questions, mais [...] si tu vois que la personne ment, de pas la brusquer, la personne. » (Moana)

S'assurer que la personne se sente à l'aise, lui transmettre les informations, la laisser poser des questions et accueillir les émotions, parfois plus difficiles à vivre lorsqu'un diagnostic positif est annoncé.

« [...] donc qui ont reçu un diagnostic d'ITSS. Alors [...] tout de suite, il peut y avoir de la honte, il peut y avoir de la panique, il peut y avoir du déni, il peut y avoir tout plein de choses. Donc, pour moi, d'avoir un accompagnement où on explique les choses, on rassure, on réexplique, pas on explique une fois, on réexplique, etc. » (Soleil)

« Euh, j'aimerais qu'ils se souviennent que... les gens veulent savoir ce qui se passe dans leur corps et qu'on n'a pas forcément l'information ni l'éducation pour tout connaître. Donc, ce serait important de laisser la place aux questions. » (Simon)

Nécessité que le personnel médical acquière une sensibilité aux différents enjeux spécifiques à ces communautés (via la formation et la sensibilisation à ces enjeux).

« Donc, voilà, ne pas tout de suite aller avec des stéréotypes, des tabous, poser la question, demander à la personne c'est quoi sa réalité et ainsi de suite pour pouvoir adapter ses besoins et sa réalité à sa réalité culturelle à sa réalité médicale de santé sexuelle d'ITSS. » (Soleil)



RECOMMANDATIONS

Pour amoindrir ces barrières d'accès aux soins de santé sexuelle et aux moyens de protection, il est nécessaire de :

- 1 **Renforcer l'alliance** entre les actions communautaires et sanitaires en matière d'éducation et de santé sexuelle.
- 2 Rendre les soins de santé sexuelle **visibles et adapter les messages véhiculés** aux différentes communautés à rejoindre.
- 3 Former le personnel médical de façon plus large, afin que les **soins et les moyens de protection soient accessibles, acceptables et adaptés** de façon équitable.
- 4 Développer les qualités interpersonnelles du personnel médical afin de **renforcer des attitudes inclusives, sensibles et respectueuses et de développer des pratiques informées sur des réalités** propres aux communautés pour s'assurer de répondre aux besoins des individus en matière de soins de santé sexuelle.
- 5 Déployer une **offre de services variée, adaptée à des réalités plurielles et changeantes**.
- 6 Offrir des **soins de santé sexuelle et des moyens de protection gratuits**.
- 7 Créer des espaces pour **assurer du soutien à moyen/long terme** aux personnes qui ont un diagnostic positif.



RÉFÉRENCES

- 1 Scheim, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 29(8), 990995. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>
- 2 Lacombe-Duncan, A., Kia, H., Logie, C. H., Todd, K. P., Persad, Y., Leblanc, G., Nation, K., Scheim, A. I., Lyons, T., Horemans, C., & Loutfy, M. (2021). A qualitative exploration of barriers to HIV prevention, treatment and support: Perspectives of transgender women and service providers. *Health and Social Care in the Community*, 29(5), e33e46. <https://doi.org/10.1111/hsc.13234>
- 3 Lessard, D., Lebouché, B., Engler, K., Thomas, R., & Machouf, N. (2015). Explaining the appeal for immigrant men who have sex with men of a community-based rapid HIV-testing site in Montreal (Actuel sur Rue). *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 27(9), 10981103. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1028880>
- 4 Levy, M. E., Wilton, L., Phillips, G., Glick, S. N., Kuo, I., Brewer, R. A., Elliott, A., Watson, C., & Magnus, M. (2014). Understanding structural barriers to accessing HIV testing and prevention services among black men who have sex with men (BMSM) in the United States. *AIDS and Behavior*, 18(5), 972996. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0719-x>
- 5 Farvid, P., Vance, T. A., Klein, S. L., Nikiforova, Y., Rubin, L. R., & Lopez, F. G. (2021). The health and wellbeing of transgender and gender non-conforming people of colour in the United States: A systematic literature search and review. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 31, 703731. <https://doi.org/10.1002/casp.2555>
- 6 Arnold, E. A., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2014). « Triply cursed »: Racism, homophobia and HIVrelated stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Culture, Health and Sexuality*, 16(6), 710722. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.905706>
- 7 Agence de la santé publique du Canada (2018). Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
- 8 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2025). Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/itss#:~:text=Certains%20groupes%20de%20la%20population%20sont%20plus%20touch%C3%A9s,comportements%20o%20des%20habitudes%20de%20vie%20plus%20risqu%C3%A9s.>
- 9 Etowa, J., Tharao, W., Mbuagbaw, L., Baidooobonso, S., Hyman, I., Obiorah, S., Aden, M., Etowa, E. B., Gebremeskel, A., Kihembo, M., Nelson, L. R., & Husbands, W. (2022). Community perspectives on addressing and responding to HIV-testing, pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) among African, Caribbean and Black (ACB) people in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13093-0>
- 10 ONUSIDA. (2021). *Le VIH, la stigmatisation et la discrimination : La série de fiches d'informations sur les droits humains*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheetstigma-discrimination_fr.pdf
- 11 Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1). *Eiduson, R., Murchison, G. R., Agénor, M., Suarez, L., & Gordon, A. R. (2022). Sexual healthcare experiences of nonbinary young adults. Culture, Health and Sexuality, 24(10), 13191335.* <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1946595>

L'ANONYME

ANNEXE 2 LISTE DES PAYS INCLUS DANS LA RÉGION DES CARAÏBES

PAYS INDÉPENDANTS	DÉPENDANCES
Antigua-et-Barbuda	Anguilla (<i>Royaume-Uni</i>)
Bahamas	Aruba (<i>Pays-Bas</i>)
Barbade	Bonaire (<i>Pays-Bas</i>)
Belize	Curaçao (<i>Pays-Bas</i>)
Colombie (Région Caribéenne, qui longe la mer des Caraïbes)	Guyane (<i>France</i>)
Costa Rica	Guadeloupe (<i>France</i>)
Cuba	Île de la Navasse (<i>États-Unis</i>)
Dominique	Îles Caïmans (<i>Royaume-Uni</i>)
États-Unis (Région du sud de la Floride)	Îles Turques-et-Caïques (<i>Royaume-Uni</i>)
Grenade	Îles Vierges britanniques (<i>Royaume-Uni</i>)
Guatemala	Îles Vierges des États-Unis (<i>États-Unis</i>)
Guyana	Martinique (<i>France</i>)
Haïti	Montserrat (<i>Royaume-Uni</i>)
Honduras	Saba (<i>Pays-Bas</i>)
Jamaïque	Saint-Martin (<i>Hollande</i>)
Mexique (Région de la péninsule du Yucatàn)	Saint-Martin (<i>France</i>)
Nicaragua	Saint-Barthélemy (<i>France</i>)
Panama	
Porto Rico	
République dominicaine	
Saint-Christophe-et-Niévès	
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	
Sainte-Lucie	
Suriname	
Trinité-et-Tobago	
Venezuela (Région côtière qui longe la mer des Caraïbes)	

ANNEXE 3 LISTE DES PAYS INCLUS DANS LA RÉGION DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

PAYS SUBSAHARIENS	
Afrique du Sud	Mali
Angola	Maurice
Bénin	Mauritanie
Botswana	Mozambique
Burkina Faso	Namibie
Burundi	Niger
Cameroun	Nigeria
Cap-Vert	Ouganda
Comores	République centrafricaine
Côte d'Ivoire	République démocratique du Congo
Djibouti	République du Congo
Érythrée	Rwanda
Éthiopie	São Tomé-et-Principe
Gabon	Sénégal
Gambie	Seychelles
Ghana	Sierra Leone
Guinée	Somalie
Guinée-Bissau	Soudan du Sud
Guinée équatoriale	Swaziland
Kenya	Tanzanie
Lesotho	Tchad
Liberia	Togo
Madagascar	Zambie
Malawi	Zimbabwe

ANNEXE 4 DÉFINITION DE L'ACRONYME 2SLGBTQIA+

L'Anonyme débute le sigle par 2S afin de rendre plus visible les communautés bispirituelles (two-spirit). Ce document définit l'ensemble des lettres du sigle ainsi qu'une partie des identités comprises dans le « + ».

2S Bispirituel·le (two-spirit)	Une personne autochtone de l'Île de la Tortue (Amérique du Nord) qui incarne à la fois un esprit féminin et masculin ou dont l'identité de genre, l'orientation sexuelle ou l'identité spirituelle n'est pas limitée par la binarité masculin/féminin.
L esbienne	Une femme attirée envers les femmes.
G ai	Un homme attiré envers les hommes. ou Une personne attirée par le même genre que soi.
B isexuel·le	Une personne attirée par plus d'un genre, souvent le sien et au moins un autre.
Pansexuel·le	Une personne attirée par d'autres personnes, sans égard à leur genre ou à leur sexe.
T rans	Une personne dont le genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance.
Non-binaire	Une personne ne s'identifiant pas à la binarité des genres, n'étant ni un homme, ni une femme.
Fluide	Une personne qui a un genre variant au cours du temps.
Agenre	Une personne qui n'a pas de genre.
Demigendre	Une personne s'identifiant partiellement à un genre, mais pas complètement (demifille, demigarçon).
Bigendre	Une personne ayant deux genres.
Pagendre	Une personne qui ne se limite pas à un genre.
Cisgenre	Une personne dont le genre correspond au sexe assigné à la naissance.
Q ueer	Une personne vivant un mode de vie hors des normes cisgenres et hétérosexuelles. et/ou Une personne qui n'étiquette pas son orientation sexuelle ou son identité de genre.
I ntersexe	Une personne dont les caractéristiques sexuelles ne correspondent pas aux normes binaires, médicales et esthétiques du corps mâle ou femelle.
A sexuel·le	Une personne qui éprouve peu ou pas de désir sexuel (peut parfois être envers les autres et/ou soi-même).
Demisexuel·le	L'asexualité est un spectre , il y a donc plusieurs façons d'être une personne asexuelle.
Grisexuel·le	Une personne ressentant rarement de l'attirance sexuelle.
A romantique	Une personne qui éprouve peu ou pas de désir romantique.

Titre du projet :

Mouve 2022-2027 (volet recherche)

Responsables du projet :

Diana Saint-Louis, intervenante à L'Anonyme

Ambre Agesilas, intervenante à L'Anonyme

Catherine St-Gelais, agente de recherche à L'Anonyme

Léna Gauthier-Paquette, coordonnatrice – programme Éducation à la sexualité, L'Anonyme

Shanda Jolette, directrice – programme Éducation à la sexualité, L'Anonyme

L'Agence de la santé publique du Canada a contribué à la production de cette initiative.

Nous vous remercions de prendre le temps de lire ce formulaire. Votre collaboration est précieuse.

Nous vous invitons à participer à une recherche. Son but est de documenter les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle rencontrées par les personnes subsahariennes et caribéennes et/ou 2SLGBTQIA+ entre 14 et 35 ans et de sensibiliser les professionnel-le-s de la santé à ces barrières afin d'améliorer leurs pratiques auprès de ces communautés. Les ateliers d'éducation à la sexualité du projet Mouve, qui visent à prévenir la transmission du VIH et des autres infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), seront également améliorés grâce à l'apport précieux des personnes participantes au projet de recherche.

Si vous acceptez de participer, vous serez invité-e à participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 1h. Nous vous poserons des questions sur la perception des ITSS et des moyens de dépistage au sein de votre communauté, sur les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle rencontrées ou observées dans le système de la santé et des recommandations pour les réduire. L'entrevue se déroulera par Zoom ou en personne selon votre préférence, et ce, à un moment qui vous convient. Avec votre permission, l'entrevue sera enregistrée (audio seulement en personne et audio et vidéo par Zoom). Les enregistrements vidéo seront supprimés dès que l'entrevue sera terminée et les enregistrements audios seront supprimés après l'analyse, soit vers la fin du projet de recherche.

Risques, inconvénients et mesures pour les limiter

Certaines questions pourraient vous mettre mal à l'aise ou vous faire revivre des émotions désagréables en lien avec des situations vécues. Veuillez noter que l'entrevue ne vise pas à approfondir vos expériences personnelles.

À tout moment, vous pouvez demander de prendre une pause ou de mettre fin à l'entrevue. Des ressources sont disponibles à la fin de ce formulaire si vous souhaitez obtenir du soutien et nous serons disponibles après l'entrevue au besoin.

Vous devrez consacrer environ une heure de votre temps pour la réalisation de l'entrevue et un peu plus si elle est réalisée en personne (à cause du déplacement nécessaire). Une compensation financière vous est toutefois offerte (voir section Compensation).

Retombées de votre participation

Vous pouvez faire connaître vos besoins et préoccupations concernant les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle et contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins de santé sexuelle.

Votre participation permettra également de bonifier nos ateliers d'éducation à la sexualité abordant les ITSS, la santé sexuelle et le dépistage. Ces derniers sont déployés dans plusieurs écoles et organismes pour les trois prochaines années.

Compensation

Pour vous remercier, nous vous donnerons une carte-cadeau de votre choix de 40\$ **à la fin de l'entrevue.**

Droit de retrait

Vous êtes toujours libre de cesser de participer au projet, sans avoir à vous justifier. Si c'est ce que vous souhaitez, faire vous n'avez qu'à nous *écrire à l'adresse courriel suivante* : educationsexuelle@anonyme.ca. Nous détruirons tous vos renseignements, sauf si vous nous autorisez explicitement à les conserver.

Confidentialité

Votre participation sera anonyme. Aucun renseignement que vous donnerez ne permettra de vous identifier.

Vos renseignements sont confidentiels. Toutes les informations permettant de vous identifier seront supprimées à la retranscription des entrevues. Nous conserverons les autres informations jusqu'à la fin du projet, soit le 31 mars 2027, dans nos bureaux.

L'enregistrement de votre entrevue sera transcrit avec votre pseudonyme choisi au préalable, mais sans mention de votre nom. L'enregistrement sera effacé après la transcription.

Seulement avec votre accord, nous pourrions mentionner votre pseudonyme choisi lors de la présentation des résultats afin de reconnaître votre contribution.

Personnes-ressources

Si vous avez besoin de plus d'informations pour prendre une décision, vous pouvez nous contacter au courriel suivant : educationsexuelle@anonyme.ca.

Consentement du participant

J'ai lu le présent formulaire. Si nécessaire, j'ai pu poser des questions à un membre de l'équipe de recherche et réfléchir avant de prendre ma décision.

Par ma signature, je consens volontairement à participer au projet.

Signature

Date

Votre nom en lettres moulées

J'accepte que l'entretien soit enregistré en (audio et/ou vidéo)

Oui ☐ Non ☐

[si applicable] J'accepte d'être identifié par le biais d'un pseudonyme lors de la présentation des résultats

Oui ☐ Non ☐

En consentant à participer, je ne me prive d'aucun droit ou recours en cas de préjudice lié au projet.

Si vous désirez vous impliquer dans les phases subséquentes du projet, indiquez votre adresse courriel :

Déclaration du responsable du projet

Par ma signature, je déclare m'être assuré·e que la/le participant·e a compris l'ensemble du présent formulaire, en répondant au besoin à ses questions.

Signature

Date

Nom de la personne responsable en lettres moulées

Les participant·es doivent conserver un exemplaire signé de ce document

RESSOURCE D'AIDE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	SITE INTERNET	SERVICES
Tel-jeunes	Appel : 1 800 263-2266 Texto : 514 600-1002	https://www.teljeunes.com/	Clavardage et téléphone
Jeunesse J'écoute	1-800-668-6868	https://jeunessejecoute.ca/	(24/7) Fran-anglais
Interligne	1 888 505-1010 514 866-0103	www.interligne.co	(24/7) LGBTQIA+
Portail VIH/SIDA du Québec	(514) 523-4636 Texto : (514) 400-9301 text in english : 514 700-4411	https://pvsq.org/	2000 rue Notre-Dame Est, Suite 501
Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)	1 866 532-2822 514-277-9860	https://cavac.qc.ca/	Du lun-ven 9h00 à 17h00. Fran-angl-espagnole
CATIE (Information sur le VIH et hépatite C)	1-800-263-1638	info@catie.ca	Auto-tests VIH
Centre d'écoute Le Havre	514 982-0333	http://le-havre.qc.ca/	Semaine 9h-17h
L'ATQ Aide aux Trans du Québec	1 855 909-9038 #1	https://atq1980.org/ ecoute@atq1980.org	LGBTQIA+
Multi écoute	(514) 737-3604 (514) 737-3430	https://multiecoute.org/	(24/7), immigrants réfugiés
Institut national de santé publique du Québec INSPQ	514 864-1600 Courriel : info@inspq.qc.ca	https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/foire-aux-questions/autotest-du-vih	Information sur les ITSS et autres
Centre de prévention du suicide	1 866 277-3553	https://suicide.ca/	(24/7) confidentiel

Project title: Mouve 2022-2027 (volet recherche)

Project managers :

Diana Saint-Louis, sexual health educator at L'Anonyme

Ambre Agesilas, sexual health educator at L'Anonyme

Catherine St-Gelais, research agent at L'Anonyme

Léna Gauthier-Paquette, coordinator - Sexuality education program at L'Anonyme

Shanda Jolette, director - Sexuality education program at L'Anonyme

This initiative is supported by the Public Health Agency of Canada.

We appreciate you taking the time to read this form. We appreciate your collaboration.

We invite you to take part in a research project. Its aim is to document the accessibility barriers to sexual health care encountered by sub-Saharan and Caribbean and/or 2SLGBTQIA+ people between the ages of 14 and 35, and to raise awareness of these barriers among healthcare professionals in order to improve their practices with these communities. The Mouve project's sexuality education workshops, which aim to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted and blood-borne infections (STBBIs), will also be improved thanks to the invaluable input of the people taking part in the research project.

If you agree to participate, you will be invited to take part in an individual interview lasting around 30 to 60 minutes. We'll ask you questions about your community's perception of STBBIs and screening methods, the accessibility barriers to sexual health care encountered or observed in the health care system, and recommendations for reducing them. The interview can take place via Zoom or in person, at a time that is convenient for you. With your authorization, the interview will be recorded (audio only in person and audio and video by Zoom). Video recordings will be deleted as soon as the interview is over, and audio recordings will be deleted after analysis, towards the end of the research project.

Risks, inconveniences and measures to limit them

Some of the questions may make you feel uncomfortable or may bring back unpleasant memories. Please note that the interview is not intended to explore your personal experiences.

You can ask to take a break or end the interview. There are resources at the end of this form if you would like support, and we will be available after the interview if needed.

You will need to spend about an hour of your time conducting the interview, and a little more if it is done in person (additional travel time than with Zoom). Financial compensation is available (see Compensation section).

Benefits of your participation

You can voice your needs and concerns about access barriers to sexual health care and help improve accessibility to sexual health care. Your participation will also enhance our sexuality education workshops on STBBIs, sexual health and screening. These will be deployed in several schools and organizations over the next three years.

Compensation

To thank you, we'll give you a \$40 gift card of your choice at the end of the interview.

Right of withdrawal

You are always free to stop participating in the project, without having to justify yourself. If you wish to do so, simply write to us at educationsexuelle@anonyme.ca or call us at 514 842-1488. We will destroy all your information, unless you explicitly authorize us to keep it.

Confidentiality

Your participation will be anonymous. No information you provide will be used to identify you.

Your information is confidential. All identifying information will be deleted when the interviews are transcribed. All other information will be kept in our offices until the end of the project, in the winter of 2027.

The recording of your interview will be transcribed with your previously chosen pseudonym, but without any mention of your name. The recording will be erased after transcription. Any personal information will be replaced by another term during the transcription of our meeting, such as places or the names of people.

Only with your agreement may we mention your chosen pseudonym when presenting the results, to acknowledge your contribution.

Contacts

If you need more information, please contact us at educationsexuelle@anonyme.ca or call us at 514 842-1488.

Participant consent

I have read this form. If necessary, I have had the opportunity to ask questions to a member of the research team and to think things over before making my decision.

By signing, I voluntarily agree to participate in the project.

Signature

Date

Your name in print characters

I agree to the recording of the interview (audio and/or video)

Yes ☐ No ☐

[if applicable] I agree to be identified by a pseudonym for the presentation of the results

Yes ☐ No ☐

By agreeing to participate, I am not denying myself any rights or remedies in the event of any prejudice related to the project.

If you would like to receive a summary of the project results, please enter your e-mail address:

Project manager's declaration

By my signature, I declare that I have ensured that the participant has understood this form in its entirety, answering any questions if necessary.

Signature

Date

Name of the person in print characters

Participants must retain a signed copy of this document

HELP RESSOURCES	PHONE NUMBER	SITE INTERNET	SERVICES
Tel-jeunes	Calls : 1 800 263-2266 Texto : 514 600-1002	https://www.teljeunes.com/en	Online chat and telephone helpline
Kids Help Phone	1-800-668-6868	https://kidshelpphone.ca/	(24/7) Fran-anglais
Interligne	1 888 505-1010 514 866-0103	https://interligne.co/en/	(24/7) LGBTQIA+
Portail VIH/SIDA du Québec	(514) 523-4636 Texto : (514) 400-9301 text in english : 514 700-4411	https://pvsq.org/	2000 rue Notre-Dame Est, Suite 501
Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)	1 866 532-2822 514-277-9860	https://cavac.qc.ca/en/	Monday to Friday 9h00 to 17h00. French-English- Spanish
CATIE (Canada's source for HIV and hepatitis C information)	1-800-263-1638	https://www.catie.ca/	HIV Self-tests
L'ATQ Aide aux Trans du Québec	1 855 909-9038 #1	https://aideauxtrans.com/en/services	LGBTQIA+ Individual or family Psychosocial support Weekly support groups Social events Helpline
Multi écoute	(514) 737-3604 (514) 737-3430	https://multiecouste.org/	(24/7), immigrants refugees
Centre de prévention du suicide	1 866 277-3553	https://suicide.ca/en	(24/7) confidential Texto – Chat - Helpline

GRILLE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE - PROJET MOUVE 2.0

INTRODUCTION

Accueil :

- Saluer/accueillir chaleureusement.
- Merci encore de ta participation. Est-ce la première fois que tu participes à ce genre de projet?

Présentation de soi :

Je m'appelle [**prénom**], j'utilise les [**pronoms XX**] et les [**accords XX**].

Je travaille en tant que [**poste**] à L'Anonyme et je suis impliqué·e dans le projet Mouve auquel tu as accepté de contribuer. Demander avec la personne **son pseudonyme (victor)** qu'elle désire choisir pour la diffusion des résultats (**expliquer que c'est pour la confidentialité**) et demander les pronoms ou accords à utiliser si la personne est à l'aise de nous les partager.

Rappel des objectifs du projet :

- À titre de rappel, le projet Mouve vise à documenter les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle rencontrées par les personnes subsahariennes et caribéennes et/ou 2SLGBTQIA+ entre 14 et 35 ans et de sensibiliser les professionnel·le·s de la santé à ces barrières afin d'améliorer leurs pratiques auprès de ces communautés. Ainsi, les résultats de la recherche serviront également à produire des capsules de sensibilisation auprès des professionnels de la santé afin qu'elles/iels/ils développent une approche inclusive et plus sensible aux différentes cultures pour améliorer les services de dépistages auprès de ces communautés.
- As-tu des questions concernant le projet?
- Valider la compréhension de la personne au sujet des ITSS (Infections transmissibles sexuellement et par le sang).

Rappel du cadre de l'entrevue :

Consentement :

- J'aimerais vérifier si tu as bien pris connaissance du formulaire de consentement? (La signature aura été confirmée préalablement à l'entrevue) As-tu des interrogations à ce sujet? Lorsque l'enregistrement débutera, nous confirmerons le consentement à l'écrit et à l'oral.

Information sociodémographique :

- Serais-tu à l'aise de nous dire à quelle communauté t'identifie-tu (en spécifiant par exemple comment/pourquoi tu t'y identifies)? Cela nous permettra de mieux comprendre ta réalité spécifique, mais tu n'es pas obligé de le préciser. (Pronom il (expression du genre +); gay)
- Demander l'âge si l'information n'a pas été récoltée préalablement.

Durée :

- L'entrevue devrait durer environ 45 min - 1h15, mais la durée peut varier.

Sujet de la rencontre :

- Nous allons discuter des obstacles et des facilitateurs de l'accès aux soins de santé sexuelle, de la perception des ITSS et de comment améliorer les stratégies de prévention et d'intervention en lien avec les ITSS auprès de ta communauté.

Confidentialité :

- Je tiens à rappeler que notre rencontre est confidentielle et que toutes les informations que tu partageras seront anonymisées (c.-à-d., remplacées par un autre terme lors de la transcription de notre rencontre), comme le nom des personnes mentionnées ou des institutions que tu as fréquenté, ainsi que toute autre information permettant de t'identifier.

Arrêt de la rencontre :

- Si tu te rends compte que tu ne souhaites plus continuer notre rencontre, n'hésite pas à me le faire savoir, et nous pouvons arrêter l'enregistrement. Si certaines questions te mettent mal à l'aise, tu es libre de ne pas y répondre. Je tiens également à rappeler qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : nous cherchons à mieux comprendre ton expérience.
-

Notes durant la rencontre :

- Il se peut que je prenne des notes pendant notre rencontre. Cela n'a pas pour but de t'évaluer, mais plutôt de me rappeler certaines informations que tu partages.
 - As-tu des questions avant de commencer?
-

Début de l'enregistrement :

- Dire à voix haute : Entrevue par [prénom de l'intervieweur-se] avec [pseudonyme de la personne participante] le [date].
-

Pour le consentement :

- Est-ce que tu consens à participer volontairement à ce projet de recherche?
 - Est-ce que tu acceptes qu'un enregistrement audio de notre rencontre soit réalisé?
-

* NOTE GÉNÉRALE :

- - Ajuster les termes selon ce que la personne nous a communiqué par rapport aux communautés auxquelles elle s'identifie.
- - Les exemples sont davantage pour la personne qui interview. À utiliser seulement si la personne a beaucoup de difficulté à trouver une réponse pour ne pas l'influencer.

THÈMES	QUESTIONS NON-DIRIGÉES	PISTES/QUESTIONS DE RELANCE
Introduction Question générale sur la santé sexuelle	Qu'est-ce que la santé sexuelle pour toi? Selon toi, est-ce que cette vision est partagée dans ta communauté ?	- Pourrais-tu approfondir davantage? (Question qui peut être posée tout au long de l'entrevue) Importance santé sexuelle. Comment décrirais-tu l'importance de la santé sexuelle pour votre communauté? - Pourquoi est-ce la question de l'accès aux soins de santé sexuelle est-elle importante pour les personnes subsahariennes et caribéennes et/ou queer?
Thème #1 Barrières et facilitateurs d'accès aux soins de santé sexuelle	Selon toi, qu'est-ce qui pourrait freiner les personnes subsahariennes et caribéennes et/ou queer à aller chercher des soins de santé sexuelle (par exemple, se faire dépister pour les ITSS) À l'inverse , qu'est-ce qui pourrait les encourager à chercher des soins de santé sexuelle ?	Type de barrières. Quels sont les principales raisons pourquoi une personne de ta communauté n'irait pas chercher de soins en santé sexuelle ? Pourrais-tu me donner des exemples concrets de ces défis ou barrières? (ex: <i>Peur et gêne (peur d'un résultat positif, peur d'être stigmatisé, peur du manque de confidentialité); Discrimination dans le système de santé (barrière de langue; racisme; queerphobie, etc.); Non-respect des pronoms et nom choisi, manque de couverture d'assurance; Peu d'accès aux soins; Manque de connaissances sur les ITSS, etc.)</i>) Sentiment général système de santé. De façon général, comment tu trouves le système de santé ? Comment décrirais-tu ton expérience dans le système de santé de manière générale ? (Ex : <i>Prise de rendez-vous, chercher un spécialiste, expérience lors des rendez-vous/ou autres expériences</i>) Facilitateurs. Qu'est-ce qui rend le dépistable plus facile ou accessible ? (ex : <i>la proximité, la possibilité que ce soit fait anonymement, le coût, ne pas se sentir jugé-es, etc.</i>) *Pour l'analyse, garder en tête l'influence des positions sociales p/r à l'accès aux soins de santé
Thème #2 Perception des ITSS, des moyens de protection et du dépistage	Comment les ITSS sont parlées et/ou représentées dans ta communauté ? (ex: stigmatisation) Et comment sont parlées et/ou représentées les moyens de protection et le dépistage ?	Facteurs influençant la perception des ITSS, des moyens de protection et du dépistage. Pourquoi penses-tu que les ITSS/moyens de protection/dépistage sont perçues de cette manière ? Est-ce que tu pourrais me donner des exemples précis ? (Par exemple, <i>l'éducation sexuelle reçue, la culture, les croyances, les connaissances en lien avec les méthodes de protection et les différents services disponibles pour le dépistage, la famille, les médias.</i>) - Quels moyens de protection connais-tu ? (<i>Connaissances en lien avec les méthodes de protection</i>) *Aller rechercher le ressenti émotionnel de la personne si elle est confortable de répondre (pour avoir pour l'analyse des éléments en lien avec les sentiments associés aux ITSS et au dépistage, comme par exemple la honte, la peur, la culpabilité, etc.)

Thème #3 Les stratégies de prévention pour les ITSS (y compris la protection et le dépistage)	Selon toi, qu'est-ce qui pourrait être fait pour que les personnes subsahariennes et caribéennes et/ou queer reçoivent des services de santé sexuelle plus adaptés à leurs réalités (recommandations)?	• Points de service de dépistage. Connais-tu des services de dépistage où les personnes de la communauté subsahariennes et caribéennes et/ou queer se sentent confortable d'utiliser ? • As-tu entendu parler des auto-tests VIH? Sont-ils accessibles? • Moyens de protection. Selon toi, est-ce qu'il est facile de se procurer des moyens de protections pour les communautés subsahariennes, caribéennes et/ou queer? • Recommandations Prévention/sensibilisation. Selon toi, comment pourrait-on mieux prévenir les ITSS au sein des communautés subsahariennes et caribéennes et/ou queer?
Thème #4 Les stratégies d'intervention pour les ITSS (incluant le traitement, l'accompagnement, et le soutien)	Selon toi, qu'est-ce qui est fait pour mieux accompagner, traiter et soutenir les personnes subsahariennes et caribéennes et/ou queer qui ont reçu un diagnostic d'ITSS?	• Ressources d'aide/de soutien et d'accompagnement (par exemple, traitement, suivis) : • Comment les professionnel·les de la santé pourraient-elles/ils/iels adapter leur pratique lorsqu'une personne reçoit un résultat positif à une ITSS ? • Est-ce que tu as envie de lancer un message aux professionnel·les de la santé ? *Pour l'analyse, garder en tête les potentiels défis qui pourraient être rencontrer lors de la mise en place de ces améliorations

Avant de conclure et d'arrêter l'enregistrement :

Remercier la personne pour son temps. Demander si elle a d'autres éléments qu'elle veut nous partager pour l'entrevue/la rencontre OU des questions et des commentaires?

ARRÊTER L'ENREGISTREMENT !!!

Après l'entrevue :

- Comment ça va ? (Étant donné que le sujet peut être sensible et rappeler des souvenirs désagréables)
- Remercier et mentionner l'importance de leur témoignage pour notre recherche.
- Les résultats des entrevues individuelles seront accessibles vers au courant de l'année 2025 sur nos différentes plateformes de diffusion, ce qui permettra l'élaboration de recommandations pour les professionnel·le·s de la santé visant à diminuer les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle pour les personnes subsahariennes et caribéennes et/ou queer.
- Demander si la personne est intéressée à participer davantage pour la révision des capsules. Si oui, mentionner/ rappeler de laisser leurs coordonnées dans le formulaire de consentement.

INTRODUCTION

Accueil :

- Greet/warm welcome
- "Thank you so much for your participation. Is it your first time participating to a research like this one?"

Présentation de soi :

- My name is **[Name]** and I use **[pronouns]** "
- I work as a [...] at L'Anonyme and I am involved in the Move project. "
- Ask the person the alias they would like to use to publish the results (**explain here how the confidentiality for the research works**) and ask their pronouns as well.

Rappel des objectifs du projet :

- As a reminder, the Move project aims to document and reduce obstacles in terms of access to sexual health care with people from Caribbean, sub-Saharan and/or queer communities between the ages of 14 and 35 years old. The results of this research will be essential in making several video capsules to sensitize healthcare professionals. We hope that, by doing this, they will develop a more inclusive approach and become more aware of the different cultures to improve their services regarding STBBI testing.
- "Do you have any questions regarding the Move project?"

Rappel du cadre de l'entrevue :

Consentement :

- "I would like to validate if you have read the consent form? (the signature should be confirmed before the interview) Do you have any questions regarding that? Once I start recording, we will confirm your consent verbally as well."

Questionnaire sociodémographique :

- "Do you have any questions about the questionnaire that you just filled out with your general information (age, gender identity, etc.)"
- "Would you mind specifying how do you identify? You don't have to it, but this will help us understand your reality."

Durée :

- "The interview should last about 45mins to an hour and 15mins."

Sujet de la rencontre :

- "We are going to discuss the obstacles and facilitators of access to sexual health care, STBBI perception and prevention, and best intervention practices."
- Validate the person's understanding of these various topics and of STBBIs

Confidentialité :

- "I would just like to remind you that this interview is strictly confidential and that all the information you will share will be anonymized (i.e. replaced by another term when we transcribe this interview). This includes names of people you mentioned, but also names of institutions (like schools or hospitals) you went to. Basically, any information that would make it possible to identify you."

Arrêt de la rencontre :

- If you realize you do not want to continue the interview, please don't hesitate to let me know. We can take some time and stop the recording. If some of the questions make you uncomfortable you're free to not answer them. I would also like to remind you that there are no right or wrong answers: we want to understand your experience and reality.

Questions :

"Do you have any questions before we begin?"

Début de l'enregistrement :

- Say out loud: Interview by [name of the interviewer] with [interviewee's pseudonym] [date]

Pour le consentement :

- Do you consent to participate in this research project?
- Do you consent for this interview to be recorded in audio only?

* NOTE GÉNÉRALE :

- Adjust terms according to the communities and identities of the person.
- The examples in this canvas are more to help the interviewer. You can use them to clarify a question or an explanation, but only if the interviewee has a lot of difficulty understanding what you mean. This is to avoid influencing or directing the person's answers.

THÈMES	QUESTIONS NON-DIRIGÉES	PISTES/QUESTIONS DE RELANCE
Introduction General questions about sexual health	What is sexual health to you? Do you think this vision is shared within your community?	• Could you tell me more about that? (Could be asked at any point throughout the interview) Importance santé sexuelle. • How would you describe the importance of sexual health in your community? • What makes the question of accessibility to sexual health important for black/queer people?
Thème #1 Obstacles and facilitators to access sexual health care	According to you, what could stop black/queer people from getting sexual health care (e.g. screening/testing)? On the other side, what could encourage them to search and to get sexual health care?	Type de barrières. • What are the main reasons that a person from your community would not go to get sexual health care? Could you give me some concrete examples of challenges or obstacles? Sentiment général système de santé. • In general, how do you find the Quebec health system ? • How would you describe your experience in the health system ? (e.g. making an appointment, the appointment éservice itself, follow-ups, etc.) Facilitateurs. • What makes STBBI screening easier or more accessible to the members of your community ? (e.g. proximity to the clinic, cost, not feeling judged, etc.) *Pour l'analyse, garder en tête l'influence des positions sociales p/r à l'accès aux soins de santé

Thème #2 Perception of : STBBIs, means of protection and screening	How are STBBIs discussed/ talked about/represented in your community? (stigmatization) And how STBBI screening are discussed/talked about/represented in your community?	Facteurs influençant la perception des ITSS, des moyens de protection et du dépistage. • Why do you think that STBBIs/means of protection/ screening are perceived that way in your community? • Could you give some concrete examples? (e.g. <i>sex education, culture, belief systems, etc.</i>) • What are the means of protection that you know? (<i>Knowledge of means of protection</i>) *Aller rechercher le ressenti émotionnel de la personne si elle est confortable de répondre (pour avoir pour l'analyse des éléments en lien avec les sentiments associés aux ITSS et au dépistage, comme par exemple la honte, la peur, la culpabilité, etc.)
Thème #3 STBBI prevention strategies	According to you, what could be done so black/queer people receive sexual health care adapted to their realities?	Points de service de dépistage. • Are you aware of any screening services that black/ queer people are comfortable using? • Have you heard of the self-testing kits for HIV? Are they accessible? Moyens de protection. • According to you, is it easy for black/queer people to get those (or any) means of protection? Recommandations Prévention/sensibilisation. • How could we best prevent STBBI in the black/queer communities?
Thème #4 Intervention strategies (including treatment, support, follow-ups, etc.)	What do you think could be done to better treat/support/ follow-up black/queer people that received an STBBI diagnosis?	Ressources d'aide/de soutien et d'accompagnement (par exemple, traitement, suivis) : • How could health professionals adapt their practices to a black/queer person that received a positive STBBI result? • Do you wish to send a message to health professionals? *Pour l'analyse, garder en tête les potentiels défis qui pourraient être rencontrer lors de la mise en place de ces améliorations

Avant de conclure et d'arrêter l'enregistrement :

Thank the person for their time. Ask if they have anything else they would like to add or talk about or if they have any comments or questions.

ARRÊTER L'ENREGISTREMENT !!!

Après l'entrevue :

- Thank them and mention the importance of their participation for our research.
- The results of this research will be accessible over the next year (2025). You can find them on [...] This will allow us to emit recommendations to health professionals to decrease the obstacles to accessible sexual health care for black/ queer communities.
- If you are interested in participating further in the revision of the capsules, leave your contact details in the consent form.

L'ANONYME

Portrait qualitatif des expériences vécues par
les personnes des communautés caribéennes et
2SLGBTQIA+ à Montréal dans l'accès aux soins de santé
sexuelle et aux moyens de protection

L'ANONYME

5600, rue Hochelaga, bureau 160
Montréal (Québec) H1N 3L7
Téléphone : 514 842-1488
administration@anonyme.ca
www.anonyme.ca