

nous méritons
**des soins pour
la chlamydia**



Nous méritons des soins pour la chlamydia

Méthodes et résultats des communautés bispirituelles

Date de publication : Juin 2026

Auteur·e·s : **Malek Yalaoui, Maryam Khan, KD King, Skye Wilson, Jaylene McRae, Lane Bonertz, Marie Geoffroy, Adam Arca, Jad Sinno**

Remerciements : **Anu Radha Verma, Nic McDonald, Jessy Dame, Nathan Lachowsky, Ciann Wilson, Jayashri Maraj, Fawzia Patel**

Ce projet de recherche a été financé
par les Instituts de recherche en
santé du Canada (IRSC)



Introduction

Ce bref rapport présente les méthodes de recherche adaptées aux personnes bispirituelles et *indigiqueers* ayant participé à l'étude [Nous méritons des soins pour la chlamydia](#), ainsi que les résultats propres à cette population. Cette recherche communautaire qualitative examine les expériences en matière de soins de santé liés à la chlamydia en Ontario en 2025. Financée par une subvention Catalyseur des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'étude a été dirigée par Maryam Khan (Université Wilfrid Laurier), en partenariat avec le Centre de recherche communautaire (CBRC), et a été menée en collaboration avec des partenaires universitaires et communautaires de partout en Ontario.

L'étude se penche sur l'accès au dépistage et au traitement de la chlamydia des femmes et des personnes de diverses identités de genre autochtones, noires et racisées, en situation de handicap et s'identifiant comme bispirituelles, lesbiennes, bisexuelles, trans ou queers (2S/LBTQ+) en Ontario. Les personnes bispirituelles et *indigiqueers* faisaient partie de l'échantillon de l'étude dans son ensemble; toutefois, le présent rapport a été élaboré en collaboration avec l'équipe bispirituelle du CBRC afin de s'assurer que l'expérience des populations concernées soit analysée et présentée selon des approches culturellement adéquates, ancrées dans la relationnalité et menées par la communauté, qui tiennent compte des effets particuliers du colonialisme, du racisme envers les Autochtones et des contextes de soins bispirituels. Les conclusions de l'étude dans son ensemble sont présentées dans le [Rapport communautaire – Nous méritons des soins pour la chlamydia](#).

Méthodologie

Dans le cadre de cette étude, les personnes bispirituelles et *indigiqueers* ont témoigné d'expériences marquées non seulement par les systèmes encadrant les soins de santé sexuelle, mais aussi par les effets persistants du colonialisme, du racisme et de la violence fondée sur le genre. Pour rendre justice à ces réalités, l'équipe a adopté une démarche d'analyse distincte fondée sur la responsabilité relationnelle et le leadership bispirituel. Cette approche a permis de s'assurer que l'interprétation des données était ancrée dans le savoir communautaire, la sécurité culturelle et l'expertise personnelle des chercheur·euse·s bispirituel·le·s. Les conclusions qui suivent englobent les thèmes qui ont émergé à la fois des récits des personnes interrogées et du processus analytique collectif mené par la communauté.

Entretiens qualitatifs

Les huit personnes autochtones participant à l'étude et s'identifiant comme bispirituelles ou *indigiqueers* avaient la possibilité de faire leur entretien qualitatif avec Jaylene McRae, coordonnatrice de la recherche au sein de l'équipe bispirituelle du CBRC. Trois de ces personnes ont choisi de s'entretenir avec Jaylene, tandis que les cinq autres ont discuté avec Malek Yalaoui, coordinatrice de recherche au CBRC. Cette approche a permis aux personnes interrogées de choisir l'individu avec lequel elles se sentaient le plus à l'aise de discuter, ce qui a contribué à la sécurité culturelle et à l'aspect relationnel du processus d'entrevue.

Analyse

Les transcriptions des entrevues avec les huit personnes bispirituelles et *indigiqueers* interrogées ont été révisées conjointement par le personnel principal de l'étude et l'équipe bispirituelle du CBRC, notamment Lane Bonertz (directeur adjoint, équipe bispirituelle), Jaylene McRae (coordonnatrice de la recherche), Skye Wilson (adjoint·e à la recherche) et KD King (conseiller universitaire auprès de l'équipe bispirituelle). En plus de réviser directement les transcriptions, KD King a contribué au renforcement des capacités de recherche analytique et interprétative des membres de l'équipe bispirituelle.

Chaque évaluateur·trice (Lane Bonertz, Jaylene McRae, Skye Wilson et KD King) a analysé indépendamment deux des huit transcriptions et relevé les thèmes émergeant des récits des personnes interrogées. Leurs observations ont ensuite été rassemblées dans le cadre d'un processus de discussion collaboratif; elles constituent la base des résultats présentés ci-dessous.

Principaux résultats

Les conclusions qui suivent mettent en évidence les effets du racisme systémique, de l'exclusion géographique et économique, de la stigmatisation et de l'effacement sur l'accès aux soins de santé sexuelle, mais ils montrent également que la force culturelle, la responsabilité intergénérationnelle, l'autodétermination et les conceptions holistiques de la santé constituent des sources de soins et de résilience. Ces observations permettent de contextualiser les expériences bispirituelles au sein des schémas qui se dégagent de l'étude dans son ensemble. Elles soulignent également l'urgence pour l'Ontario d'offrir des soins de santé sexuelle guidés par les communautés autochtones, ancrés dans leur culture et validant leurs diverses identités.

Racisme envers les personnes autochtones

Les personnes interrogées ont parlé de la négligence et du racisme systémiques subis par les personnes autochtones au sein du système de santé, notamment les présomptions de consommation de substances, le manque de respect envers les savoirs culturels et l'absence de ressources en santé sexuelle élaborées par des personnes autochtones. Ces expériences négatives entretiennent la méfiance et les traumatismes de la patientèle.

« Mes amies m'ont conduite à l'hôpital, et je portais une camisole révélant tous mes tatouages, qui montrent qui je suis. J'explique à cette dame ce qui m'arrive. Et elle me demande : "Vous êtes sûre que vous n'avez rien pris, des drogues ou de l'alcool?" J'ai répondu : "Non, je suis sobre." [...] On ne m'a pas prise au sérieux, on m'a complètement ignorée et juste demandé plusieurs fois si j'avais pris quelque chose ou si j'avais bu. »

Isolement culturel et géographique

Les personnes interrogées ont souvent indiqué qu'il était difficile d'avoir une identité bispirituelle dans des régions rurales ou éloignées, car cela créait plusieurs couches d'isolement. Certaines d'entre elles ont déclaré avoir déménagé pour des raisons de sécurité ou pour avoir accès à des soins de qualité, en disant que les cliniques des petites villes n'étaient pas sécuritaires et leur personnel ignorant. Pour ces personnes, la migration urbaine était devenue une stratégie de survie plutôt qu'un simple « choix ».

« J'ai grandi dans une petite ville de l'Ontario, alors je comprends tout à fait les perceptions négatives et dangereuses avec lesquelles on grandit souvent. »

« À l'origine, j'ai grandi dans une petite ville et en fait c'est juste récemment que j'ai déménagé [dans une grande ville]. J'en reviens pas de l'accès aux soins que j'ai aujourd'hui. »

« Dans ma communauté d'origine, j'obtenais généralement [des soins] dans notre centre local de service de santé, ce qui était à la fois une bonne et une mauvaise chose, car il y a encore beaucoup d'ignorance quant aux soins de santé trans et les attitudes ne sont pas toujours super. »

Obstacles économiques et barrières à l'accès

Trop souvent, le coût, le manque de moyens de transport accessibles et l'absence de papiers d'identité ou de carte d'assurance-maladie entravaient l'accès des personnes interrogées au dépistage des ITSS, en particulier celui des personnes bispirituelles sans logement ou criminalisées. Ces obstacles n'ont rien à voir avec des déficiences individuelles, mais sont causés par de la négligence systémique.

« J'ai dû payer moi-même les médicaments parce que je n'ai pas d'assurance-médicaments. J'ai pas d'argent ces temps-ci, et j'ai dû choisir de dépenser mes derniers 50 \$ dans du gaz, de la nourriture ou des médicaments. Et j'ai décidé de prendre les médicaments. Heureusement, ça ne m'a pas coûté les 50 \$ au complet, mais parfois, il faut choisir. [...] C'est pas normal que je me retrouve à devoir décider si je veux manger ou prendre mes médicaments. J'ai dû dépenser mes 50 \$ en gaz et en médicaments, et après ça, encore une fois j'avais plus une cent, et ça a été très difficile. Ça m'est arrivé tout récemment. »

J'avais pas prévu ça, et puis voilà, encore une dépense que j'aurais aimé éviter. Ça a vraiment affecté ma santé mentale. »

« Les gens en prison, quand ils demandent à se faire dépister [...], ils peuvent pas toujours le faire, soit parce qu'ils sont au max, ou qu'ils se sont battus ou quelque chose du genre, et donc ils ne peuvent pas avoir accès [aux tests de dépistage des ITSS]. Les infirmières, en prison, elles ne peuvent pas faire la procédure là-bas [...], on est obligé de sortir pour pouvoir se faire tester. [...] Et les personnes qui n'ont pas de logement [...], si elles n'ont pas de carte d'assurance-maladie, comment elles vont faire [pour avoir accès aux tests et aux traitements]? [...] J'ai été sans logement et je suis aussi allée en prison, alors je crois que ce sont des questions qui devraient être posées. »

Méfiance et stigmatisation du dépistage

Un thème récurrent dans les témoignages des personnes participant était le poids émotionnel de la stigmatisation entourant le dépistage des ITSS, en particulier la honte infligée aux femmes autochtones et aux personnes bispirituelles. Les personnes interrogées interprétaient leur gêne, leur silence et leur peur du jugement comme étant le résultat du colonialisme et de sa posture moralisatrice, et certaines voyaient les espaces communautaires administrés par des pair·e·s comme des environnements plus sécuritaires pour le dépistage.

« J'ai encore du mal à appréhender tout ça sans tabous. [...] Ces vieilles conceptions sont encore coincées dans ma tête. Je pense que c'est en grande partie dû à des traumatismes et au fait de ne pas avoir eu accès à des formes saines et positives de soutien. [...] Parce que, même tout récemment, quand je suis allée me faire tester, je gardais les yeux au sol. Je ne croisais le regard de personne. J'avais beaucoup de gêne et de honte car, encore une fois, j'aurais pas dû me retrouver là. Oui, il y a beaucoup de honte autour de tout ça. Oui, vraiment beaucoup de honte. »

« J'ai aussi pas mal de traumatismes liés aux [environnements cliniques]. Mais quelque chose qui m'a vraiment aidée à un moment de ma vie, c'est quand j'étais dans un refuge pour femmes après une période d'itinérance, et la médecin est venue dans le refuge pour faire les dépistages, et ça c'était vraiment chouette. Je me sentais beaucoup plus à l'aise parce que c'était un environnement que je connaissais bien et que je savais qu'il n'y avait pas de jugement, parce que tout le monde savait pourquoi on était là. »

Jeunesse, savoir intergénérationnel et désir de briser le silence

Les personnes interrogées ont souvent fait le lien entre leurs histoires et le désir de protéger les générations futures, c'est-à-dire qu'elles souhaitaient que leurs enfants bénéficient d'une meilleure éducation sexuelle et se débarrassent de la honte. Les personnes bispirituelles qui ont examiné les transcriptions ont estimé qu'il s'agissait essentiellement là d'une forme de soins communautaires.

« Je pense que chaque personne mérite de savoir si elle a attrapé quelque chose, de connaître les informations, comment elle l'a attrapé et comment elle peut s'en débarrasser. Je pense que tout le monde doit savoir. Ce ne sont pas des informations qui devraient être cachées [...], mais malheureusement, c'est le cas, et ça ne devrait pas l'être. [...] Si je prends l'exemple de mon [enfant], c'est un [ado]. [...] Il fait ce qu'il a à faire, et il faut qu'il soit au courant de tout ça, tu vois ce que je veux dire? Genre, ce qu'il doit utiliser pour se protéger, etc., n'est-ce pas? Je n'avais pas ces infos quand j'étais jeune. Donc je pense que c'est super important pour nos jeunes d'avoir accès à ces informations, mais aussi pour les adultes qui n'y connaissent rien. »

« On pensait pas toujours à mettre des condoms parce que, quand on était jeunes, comme on était trans, on pensait pas avoir une vie devant nous, alors on allait pas se casser la tête. Ces attitudes-là sont certainement en train de changer. [...] Une fois qu'on se rend compte qu'on a une vie que le créateur nous a donnée et qu'il faut en profiter et la vivre, tu sais, on commence à faire un peu plus attention. Et aussi, il s'agit d'essayer de promouvoir tout ça auprès des jeunes, de la prochaine génération, et de leur dire : "Vous avez cette vie, et vous n'avez pas nécessairement à faire les choix que moi j'ai faits." »

Soins ancrés dans la culture et fondés sur le consentement

Les personnes interrogées ont réclamé à plusieurs reprises des approches cliniques transparentes, éducatives et fondées sur le consentement. Selon elles, les prestataires de soins de santé devraient vérifier les limites des personnes traitées, leur expliquer les procédures et respecter les identités de genre non binaires, afin de leur proposer une prise en charge à la fois respectueuse de leur genre et culturellement sécuritaire.

« Cela commence par l'éducation [des prestataires de soins de santé], car il est impossible d'opérer ces changements sans cet apport de connaissances. Mais c'est aussi une question de transparence, s'assurer de vérifier nos limites et expliquer avec transparence ce que le dépistage implique. Dans mon expérience, c'était pas toujours le cas et c'est parfois ce qui a rendu les choses plus difficiles. Et aussi, il y a le fait que, dans mon expérience, pour se faire dépister il faut généralement s'identifier comme homme ou femme. Et quand on est bispirituel-le ou non binaire, il y a aussi cette stigmatisation qu'on ressent, parce qu'ils viennent juste de rajouter cette case pour nous. »

Importance de l'autodétermination dans les soins de santé sexuelle

Plusieurs des personnes interrogées ont dit avoir appris à affirmer leur agentivité dans des espaces cliniques qui les réduisaient autrefois au silence. Dans ce cas, l'autodétermination allait au-delà du simple geste d'« aller se faire tester »; elle impliquait de se réapproprier le pouvoir de prendre des décisions sur son propre corps, sur les options de traitement et sur les relations avec les prestataires de soins. Les personnes interrogées ont déclaré ne plus avoir peur de remettre à leur place les médecins faisant preuve de négligence ou de paternalisme, d'exiger de la transparence et d'insister sur l'importance de se sentir à l'aide et de donner son consentement. Elles y voyaient un acte de responsabilité relationnelle et de souveraineté sur leurs corps.

« Dans l'ensemble, je sais que si on défend nos intérêts, on peut arriver à nos fins. Mais à l'âge que j'avais, c'était différent, là je suis plus âgée, donc c'est facile pour moi de mettre mon pied à terre. [...] Après tout ce que j'ai vécu, je peux bien mieux défendre mes intérêts que quand j'étais ado. Je sais que ma nièce et mes neveux [...] ont voulu se faire dépister et ont rencontré des résistances. Ils savent pas, donc ils se sont juste dit "ah bon, OK". Je pense qu'on devrait en faire plus pour aider nos jeunes à se faire tester et tout le reste, parce que ça va sans doute les embarrasser et ils ne sauront pas comment s'y prendre. »

« Je me suis dit, tu sais quoi, mieux vaut les achaler, insister, se plaindre, les appeler. Et je dis aussi aux gens, si vous voulez quelque chose, il faut tout le temps le réclamer, même si vous avez peur de déranger, il faut se plaindre. [...] N'hésitez pas à toujours ramener le sujet sur la table, encore et encore. Comme ça, on ne peut pas vous dire, "oh, c'est la première fois que j'entends parler de ça" ou quelque chose du genre. »

Dimension spirituelle de la santé et médecine traditionnelle

Plusieurs des personnes interrogées ont défini le bien-être de manière holistique (c'est-à-dire un état à la fois physique, mental, émotionnel et spirituel), et ont décrit la santé sexuelle non seulement comme l'accès aux soins médicaux, mais aussi comme un élément essentiel de la réappropriation des conceptions autochtones du corps, de l'équilibre et des relations. Cela indique un retour à la vision autochtone de la santé comme étant quelque chose de relationnel. C'est dans cette optique que le dépistage et le traitement de la chlamydia ont été décrits non seulement comme des actes cliniques, mais aussi comme des formes de cérémonies, des manifestations de courage et des révélations de la vérité. Les personnes interrogées ont également souligné que les pratiques traditionnelles et culturelles de guérison contribuaient à leur bien-être et à leur ancrage spirituel, en plus de les ramener à leur capacité ancestrale de résilience collective.

« Ce type de soutien spirituel pourrait également être proposé aux personnes autochtones, car il y a beaucoup de honte et de stigmatisation autour de l'activité sexuelle. [...] Ce genre de soutien supplémentaire, avec la purification par la fumée et d'autres choses mises à disposition, comme nos remèdes traditionnels, je pense que ça aiderait. »

« Si on pense aux remèdes traditionnels qu'on avait en tant que communautés autochtones, on se demande comment les utiliser dans le cadre de traitements. Parce que je sais que, bien souvent, on ne parle pas de l'utilisation des remèdes traditionnels dans le cadre des traitements, ou on ignore complètement cet aspect-là. »

Recommandations

En se fondant sur les principaux résultats présentés dans ce rapport, l'équipe bispirituelle du CBRC a dégagé les actions prioritaires suivantes à mettre en œuvre pour améliorer l'accès au dépistage de la chlamydia et aux soins de santé sexuelle des personnes bispirituelles et *indigiqueers* de l'Ontario.

Renforcer les soutiens culturels dans les services de santé sexuelle

Les personnes interrogées ont souligné l'importance d'avoir accès à des environnements cliniques qui valident les identités bispirituelles, les modes de connaissances autochtones et les conceptions holistiques de la santé. Pour réduire la stigmatisation, instaurer un climat de confiance et créer des espaces sécuritaires de dépistage et de traitement, il faut élargir les services de santé sexuelle communautaires dirigés par des personnes autochtones (et notamment l'accès aux soutiens culturels et spirituels, le cas échéant).

Former les prestataires de soins de santé aux soins culturellement pertinents

Les résultats soulignent l'urgence de former les prestataires au-delà de la simple sensibilité culturelle. Les formations doivent englober les contextes propres aux personnes bispirituelles, les pratiques tenant compte des traumatismes et la recherche constante d'un consentement manifeste. Elles devraient être élaborées en partenariat avec les communautés bispirituelles et *indigiqueers* et intégrées dans toutes les structures de soins primaires et de santé sexuelle.

Améliorer la couverture pharmaceutique pour lever les obstacles économiques

La précarité économique et l'absence d'assurance-médicaments représentent des obstacles majeurs à l'obtention de soins pour la chlamydia. En élargissant la couverture publique des médicaments contre la chlamydia et en réduisant les quotes-parts, on s'assurerait que les contraintes financières n'empêchent pas les personnes bispirituelles et *indigiqueers* de recevoir les soins adéquats en temps voulu.

Conclusion

Toutes ces observations montrent que les personnes bispirituelles et indigiques qui souhaitent obtenir des soins de santé sexuelle doivent encore composer avec des systèmes perpétuant le racisme envers les personnes autochtones, l'exclusion géographique et économique, la stigmatisation et l'effacement. Les personnes interrogées ont toutefois également souligné que la force culturelle, la responsabilité intergénérationnelle et l'autodétermination constituaient pour elles des sources de soins et de résilience. Beaucoup des expériences décrites ici font écho aux témoignages des autres personnes ayant participé à l'étude globale, mais elles témoignent aussi de formes particulières d'oppression coloniale et de résistance communautaire. Les principales conclusions du [Rapport communautaire](#) de l'étude dans son ensemble partagent les mêmes fondements et les mêmes thèmes récurrents, ce qui confirme qu'il est urgent pour l'Ontario d'offrir des soins de santé sexuelle ancrés dans la culture et validant les diverses identités.

Nous n'avons pas étudié comment l'accès aux services de santé non assurés (SSNA) pour les personnes inscrites au registre des Indiens influence l'accès au dépistage, au traitement et à la prévention des ITSS. Cet élément est une lacune importante puisque les barrières à l'accès et les barrières économiques sont sorties de façon importante dans les résultats de cette étude. Sans l'information sur l'accès SSNA, il est impossible de distinguer les barrières qui sont dues aux coûts des services, au manque de connaissance ou aux lacunes systémiques d'implémentation des services (tels que l'absence de facturation directe), des barrières qui sont plutôt dues aux différences entre les participant·e·s inscrit·e·s et ceux non-inscrit·e·s. Il faudra poser cette question dans nos recherches futures, car ce savoir est essentiel pour réellement comprendre les iniquités structurelles qui entravent l'accès aux soins de santé pour les personnes autochtones.