

nous méritons
**des soins pour
la chlamydia**



Nous méritons des soins pour la chlamydia

Rapport communautaire

Date de publication : Juin 2026

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



Programme bispirituel



University
of Victoria

Table des matières

Résumé	4
Introduction	5
Contexte de la recherche	5
Membres de l'équipe	5
Méthodologie	6
Cadres théoriques	6
Conseil consultatif communautaire	7
Enjeux éthiques	7
Entretiens qualitatifs	7
Méthodes de recrutement	7
Critères d'admissibilité	7
Entretiens	8
Validation par les participant·e·s	8
Analyse	9
Processus de codage	9
Participant·e·s	9
Principaux résultats¹	11
Difficultés à obtenir des informations sur la chlamydia et à accéder au dépistage et au traitement	11
Manque d'informations sur la chlamydia et les autres ITSS	12
Manque d'accès aux médecins de famille	12
Manque de ressources culturellement pertinentes	12
Obstacles géographiques	13
Expériences auprès des prestataires de soins de santé	13
Anxiété et crainte avant le dépistage; manque de suivi et de rassurance après	13
Manque de connaissances des prestataires de soins de santé sur la santé sexuelle 2S/LBTQ+	13
Charge mentale liée à l'éducation des prestataires	14
Questions intrusives	14
Préoccupations liées au consentement éclairé	14
Atteintes à la vie privée et à la confidentialité	15
Importance de l'autodépistage	15
Importance du lien de confiance avec les prestataires 2S/LBTQ+	15
Discrimination et oppression dans les environnements cliniques	16
Capacitisme	16
Racisme contre les personnes noires et misogynoir	16
Cishétéronormativité	17
Hétérosexisme	17
Neurodivergence	17
Sexisme	18

¹ Les résultats propres aux expériences des personnes bispirituelles et *indigiqueers* ayant participé à l'étude sont présentés dans un rapport distinct [accessible en ligne](#).

Transphobie et transmisogynie.....	18
Répercussions des multiples obstacles sur la santé mentale	18
Stratégies d'adaptation en communauté	19
Résilience face aux obstacles	19
Importance des soins culturellement pertinents valorisant les identités queers.....	19
Rôle de la communauté	19
Principales recommandations	20
À l'intention des prestataires de soins de santé	20
Sécurité culturelle	20
Formation en santé 2S/LBTQ+	21
Soins tenant compte des traumatismes.....	21
À l'intention des communautés	21
Renforcement des réseaux de pair-e-s et du partage de connaissances	22
Importance de la défense de ses propres droits.....	22
Expérience idéale de dépistage	22
Discussion	23
Limites de l'étude	24
Conclusion.....	25



Résumé

Ce rapport présente les résultats de la recherche *Nous méritons des soins pour la chlamydia*, une des premières études communautaires au Canada consacrée à 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. Financée par une subvention Catalyseur des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), cette recherche a été menée conjointement par des chercheur·euse·s de l'Université Wilfrid Laurier, de l'Université de Victoria et de l'Université Dalhousie, en partenariat avec le Centre de recherche communautaire (CBRC).

Le projet a été lancé en réponse aux lacunes considérables constatées dans l'accès aux soins de santé sexuelle en Ontario des femmes et des personnes de diverses identités de genre racisées, 2S/LBTQ+ et en situation de handicap. L'équipe a mené 23 entretiens approfondis qui ont permis d'en savoir plus sur divers obstacles systémiques liés au racisme, au capacitisme, à la cishétéronormativité et au sexisme. Ces obstacles ont non seulement restreint l'accès aux services, mais ont également nui à la sécurité émotionnelle et culturelle, tant dans le cadre des soins liés à la chlamydia que dans le contexte plus large des soins de santé sexuelle. Dans le cadre de ce projet, l'équipe du programme bispirituel du CBRC a collaboré à un processus d'analyse distinct consacré aux témoignages des personnes bispirituelles et *indigiqueers*, afin de garantir que l'interprétation de leurs expériences soit menée par la communauté, selon des approches culturellement appropriées. Les témoignages des personnes bispirituelles et *indigiqueers* interrogées ont ainsi mis en évidence les répercussions négatives du racisme anti-autochtone, de l'isolement culturel et géographique et du sentiment de honte découlant de la colonisation, des facteurs clés influençant la qualité des soins de santé sexuelle. Les résultats propres aux expériences des personnes bispirituelles et *indigiqueers* ayant participé à l'étude sont présentés dans un rapport distinct [accessible en ligne](#).

Les personnes interrogées ont raconté avoir été ignorées, mégenrées ou privées d'informations médicales appropriées au sein des systèmes de santé sexuelle, ce qui montre que ceux-ci ne tiennent souvent pas compte de la réalité des personnes 2S/LBTQ+ racisées en situation de handicap. Malgré ces défis, elles ont également proposé des stratégies solides pour faire changer les choses. Elles ont décrit leur expérience idéale de dépistage : des consultations régulières accompagnées d'explications claires, ne provoquant aucun sentiment de honte, respectant la vie privée, offrant une certaine souplesse (comme la possibilité de prélever soi-même ses échantillons) et fondés sur des échanges bienveillants, non précipités et tenant compte de l'aspect émotionnel du dépistage. Elles ont réclamé des principes de sécurité culturelle, des pratiques tenant compte des traumatismes et des formations complètes en santé 2S/LBTQ+ offertes à l'ensemble du personnel soignant, au-delà des seules cliniques de santé sexuelle.

Elles ont nommé les soins communautaires comme une source essentielle de résilience. Les réseaux de pair·e·s et d'entraide, les enseignements culturels et l'éducation communautaire permettaient selon elles de combler les lacunes majeures du système de santé, et constituaient souvent leur principale source de sécurité, de validation et d'informations en santé sexuelle. Ces formes de soutien communautaire mettent en évidence à la fois l'ampleur des défaillances systémiques et le potentiel des approches collectives.

Ce rapport se termine par des recommandations concrètes à l'intention des prestataires de soins de santé et des établissements cliniques : investir dans des formations axées sur l'humilité culturelle, la prise en compte des traumatismes et la culture de la santé des personnes 2S/LBTQ+, racisées et en situation de handicap; créer des environnements cliniques sécuritaires; et établir des partenariats avec les communautés les plus touchées. S'appuyant sur les principes du féminisme intersectionnel et de la justice pour les personnes en situation de handicap, cette étude nous rappelle que l'accès aux soins de santé sexuelle n'est pas un privilège, mais un droit collectif.

Introduction

Contexte de la recherche

La chlamydia reste l'infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) la plus courante au Canada; elle touche de manière disproportionnée les personnes dont le sexe assigné à la naissance est féminin, ainsi que les personnes trans et de diverses identités de genre². Toutefois, la recherche en santé publique et les directives cliniques ignorent traditionnellement les femmes et les personnes de diverses identités de genre racisées, 2S/LBTQ+ et en situation de handicap. Ces populations continuent de se heurter à des obstacles croisés et multidimensionnels – ancrés dans le sexisme, la cishétéronormativité, le capacitisme et le racisme – qui rendent l'accès au dépistage, aux soins et à l'information à la fois compliqué et peu sécuritaire.

Fondée sur une approche qualitative communautaire, cette étude s'inscrit dans les travaux du CBRC et a été menée conjointement par des chercheur·euse·s universitaires et des membres de la communauté. Les activités de recherche se sont déroulées de 2024 à 2025. L'étude a été conceptualisée et guidée par les approches critiques de la justice pour les personnes en situation de handicap²⁻⁶ et du féminisme intersectionnel^{3,4}, par les perspectives théoriques de l'holisme autochtone^{5,6}, et par les principes de recherche du CBRC⁷. Ces cadres conceptuels rappellent tous que la santé et l'accès aux soins sont influencés par des facteurs sociaux, culturels et politiques croisés. En mettant l'accent sur les expériences des femmes et des personnes de diverses identités de genre défavorisées, racisées, bispirituelles, queers et trans et en situation de handicap, ce projet vise à contribuer à l'adoption d'approches plus inclusives, culturellement pertinentes et équitables dans les soins de santé sexuelle en Ontario.

Membres de l'équipe

Ce projet a été dirigé par Maryam Khan (Université Wilfrid Laurier, Faculté de travail social), en partenariat avec le CBRC.

Outre Maryam Khan, l'équipe de recherche comprenait :

- Jessy Dame, directeur de la promotion de la santé bispirituelle, CBRC;
- Marie Geoffroy, directrice adjointe de la recherche, CBRC;
- Nathan Lachowsky, Université du nord de la Colombie-Britannique, Faculté des sciences humaines et de la santé;
- Eli Manning, Université Dalhousie, Faculté de travail social;
- Ciann Wilson, Université Wilfrid Laurier, Sciences de la santé communautaire;
- Anu Radha Verma, ancienne directrice adjointe de la recherche, CBRC.

2 Agence de la santé publique du Canada. La chlamydia, la gonorrhée et la syphilis infectieuse au Canada : 2020 (infographie) [Internet]. 2023 [cité le 12 avril 2023]. Accessible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/chlamydia-gonorrhée-syphilis-infectieuse-canada-2020-infographie.html>

3 Alcoff L et Potter E, éd. Introduction: When Feminisms Intersect Epistemology (anglais). Dans : *Feminist Epistemologies*. 1^{re} édition. Londres : Routledge; 2013, p. 1-14.

4 Hill Collins P. *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (anglais). Édition 10^e anniversaire révisée. Deuxième édition. Abingdon, Oxon : Routledge; 2014.

5 Absolon K. *Indigenous Wholistic Theory: A knowledge set for practice* (anglais). *First Peoples Child & Family Review*. 2010; 5(2) : p. 74-87.

6 Absolon K. *Decolonizing Education and Educators' Decolonizing* (anglais). *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*. 2019; 7(1) : p. 9-28.

7 Centre de recherche communautaire. *Principes de recherche* [Internet]. Canada; février 2023 [cité le 20 avril 2023], p. 5. Accessible sur : https://fr.cbrc.net/principes_de_recherche

Avec le soutien :

- du Conseil consultatif communautaire (CCC), composé de cinq membres de la communauté avec savoirs expérientiels, qui ont supervisé et orienté le travail;
- de Malek Yalaoui, coordinatrice de recherche au CBRC;
- des étudiant-e-s de deuxième cycle Nic McDonald, Jayashri Maraj, Fawzia Patel (Université Wilfrid Laurier) et Adam Arca (Université de Victoria);
- de l'équipe du programme bispirituel du CBRC (Lane Bonertz, KD King, Jaylene McRae et Skye Wilson).

L'étude a en outre bénéficié du soutien d'étudiant-e-s, d'organismes communautaires et de professionnel-le-s de la santé, ainsi que de l'ensemble des réseaux de défense des droits des personnes 2S/LBTQ+ et en situation de handicap, qui se chevauchent dans le cadre des programmes de recherche du CBRC.

Méthodologie

Cadres théoriques

Les principes de recherche du CBRC dictent sa manière de travailler avec les communautés 2S/LBTQ+ et son approche communautaire et orientée vers la justice. Ancrés dans la décolonisation, l'antiracisme et la justice pour les personnes en situation de handicap, ces principes constituent des lignes directrices qui inspirent et guident l'ensemble du travail de l'organisme. Ils mettent l'accent sur l'accès, l'équité et le contrôle communautaire des processus de recherche. Le CBRC met en valeur les savoirs expérientiels, prend en compte les atouts et les défis des communautés, et adhère à une vision holistique de la santé qui englobe toutes ses dimensions émotionnelles, sociales, culturelles et spirituelles. Le CBRC s'engage à faire preuve de transparence, à solliciter la collaboration véritable des personnes concernées à chaque étape de ses projets de recherche, et à nouer des partenariats qui favorisent le changement structurel et le bien-être collectif⁸.

La justice pour les personnes en situation de handicap fournit un cadre qui dépasse la seule défense des droits ou des accommodements individuels pour aller aux racines des liens entre capacitisme et racisme, colonialisme, oppression de genre et injustice économique (se concentrant ainsi sur les enjeux et l'activisme collectifs). C'est une perspective qui met l'accent sur l'interdépendance (partant du principe que tous les individus dépendent les uns des autres pour leur bien-être et leur survie), sur l'accès (selon l'idée qu'il est de la responsabilité collective de lever les obstacles et de concevoir des systèmes qui fonctionnent pour tout le monde), et enfin sur la libération collective (fidèle à l'affirmation que personne ne sera libre tant que tout le monde ne le sera pas)⁹⁻¹².

L'analyse féministe critique et intersectionnelle met en évidence l'interaction des systèmes de pouvoir, tels que le sexisme, le racisme, le capacitisme et la cishétéronormativité, ainsi que leurs effets combinés sur les expériences en matière de santé, de soins et d'appartenance. Elle reconnaît que le genre ne peut être appréhendé indépendamment de la race, de la sexualité ou du handicap, et que ces facteurs croisés déterminent qui a accès aux soins, qui voit sa douleur prise au sérieux, et qui bénéficie d'un accès privilégié à la santé. S'inscrivant dans les traditions féministes anti-oppressives, cette approche prône des recherches et des politiques qui accordent une place centrale aux voix marginalisées, remettent en cause les inégalités

8 Centre de recherche communautaire. Principes de recherche [Internet]. Canada; février 2023 [cité le 20 avril 2023], p. 5. Accessible sur : https://fr.cbrc.net/principes_de_recherche

9 Berne P. Disability Justice – a working draft [Internet] (anglais). Sins Invalid. 2015. Accessible sur : <https://sinsinprocess.square-space.com/blog/disability-justice-a-working-draft-by-patty-berne>

10 Alcoff L et Potter E, éd. Introduction: When Feminisms Intersect Epistemology (anglais). Dans : *Feminist Epistemologies*. 1^{re} édition. Londres : Routledge; 2013, p. 1-14.

11 Hill Collins P. *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (anglais). Édition 10e anniversaire révisée. Deuxième édition. Abingdon, Oxon : Routledge; 2014.

12 Direction des services législatifs. Lois codifiées du Canada : Loi canadienne sur l'accessibilité. 27 avril 2023, <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/a-0.6/TexteComple.html>.

structurelles, et réimaginent des systèmes de santé garantissant l'autonomie, la dignité et la justice corporelles pour l'ensemble de la société^{10,11}.

Cadre holistique autochtone : bien que ce cadre ait initialement servi à conceptualiser le projet, il n'a finalement pas été appliqué à l'ensemble de nos activités de recherche compte tenu de la collaboration étroite avec l'équipe du programme bispirituel du CBRC pour la collecte et l'analyse des données concernant les personnes bispirituelles et *indigiqueers*. Les résultats propres aux expériences des personnes bispirituelles et *indigiqueers* ayant participé à l'étude sont présentés dans un rapport distinct [accessible en ligne](#).

Ensemble, ces cadres ont inscrit l'étude dans une visée de responsabilité relationnelle, de sécurité culturelle et d'autonomisation des communautés.

Conseil consultatif communautaire

Afin de garantir que la communauté reste aux commandes du projet, un Comité consultatif communautaire (CCC) a été créé au début des activités de recherche. Composé de cinq femmes et personnes de diverses identités de genre racisées, 2S/LBTQ+ et en situation de handicap, le CCC s'est réuni tous les mois pour donner des conseils sur l'identité de l'étude, les méthodes de recrutement, les questions de l'entretien, les enjeux d'accessibilité et le transfert des connaissances. Les personnes membres du CCC ont été rémunérées et reconnues comme cocréatrices de connaissances, et non comme de simples consultantes.

Éthique de la recherche

L'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université Wilfrid Laurier a été demandée et obtenue avant le début des travaux. L'examen du CER est un processus itératif et continu qui comprend un examen administratif, un examen éthique initial, des soumissions supplémentaires et l'examen de ces soumissions.

Entretiens qualitatifs

Méthodes de recrutement

Les personnes participant à la recherche ont été recrutées principalement par le mécanisme de relance de Notre santé 2022, l'enquête communautaire du CBRC, ainsi que par le bouche-à-oreille et par promotion sur les médias sociaux, en partenariat avec divers organismes communautaires spécialisés en santé sexuelle, notamment [Action Canada pour la santé et les droits sexuels](#), Planned Parenthood ([Ottawa](#) et [Toronto](#)), [Safer Six](#), le [Sexual Health Resource Centre](#) et le [Native Youth Sexual Health Network](#). Le matériel de recrutement comprenait des sollicitations courriel envoyées à des listes de diffusion, des publications sur les médias sociaux (images/vidéos) et des cartes postales distribuées localement dans la région du Grand Toronto et la région de Waterloo. Les documents étaient proposés en anglais, en français, en Langue des signes américaine (ASL) et en Langue des signes québécoise (LSQ), afin d'en faciliter l'accès. Au total, 23 entretiens semi-structurés ont été menés en anglais sur la plateforme en ligne « Zoom pour la santé » avec des personnes de partout en Ontario, d'octobre 2024 à janvier 2025. Les personnes souhaitant participer à l'étude étaient redirigées vers un outil de présélection Qualtrics permettant d'évaluer leur admissibilité.

Critères d'admissibilité

Pour être admissibles aux entretiens, les personnes devaient répondre aux critères suivants par déclaration volontaire :

- âge : 16 ans ou plus;
- identité ethnique ou raciale : autochtone, noire ou racisée;
- identité de genre : soit femme trans ou cis, soit personne bispirituelle ou non binaire ayant une présentation de genre féminine;
- identité sexuelle : toutes personnes s'identifiant comme 2S/LBTQ+;

- vivant avec un handicap :
 - ◊ nous avons retenu la définition du handicap donnée par la *Loi canadienne sur l'accessibilité*, à savoir « déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou limitation fonctionnelle, de nature permanente, temporaire ou épisodique, manifeste ou non et dont l'interaction avec un obstacle nuit à la participation pleine et égale d'une personne dans la société »¹²;
 - ◊ nous avons déployé tous les efforts raisonnables pour répondre aux préoccupations et aux besoins en matière d'accessibilité tout au long du processus de recherche, du recrutement jusqu'aux entretiens, notamment en rendant l'ensemble des supports de recherche accessibles;
- lieu de résidence : Ontario (Canada), pendant au moins trois mois au cours des cinq dernières années;
- expérience : avoir déjà eu recours à des services de dépistage de la chlamydia en Ontario.
 - ◊ Pour aider les gens à déterminer s'ils répondaient à ce critère, nous avons précisé que le dépistage de la chlamydia s'effectue généralement à partir d'un échantillon d'urine ou d'un prélèvement par écouvillon dans un centre de santé sexuelle ou un autre établissement clinique.
 - ◊ Nous avons adopté une définition large de la chlamydia afin que les infections susceptibles d'être liées à cette bactérie, mais généralement non prises en compte, soient également comprises dans cette définition : urétrite, cervicite, maladies inflammatoires pelviennes (salpingite), proctite, vaginose bactérienne, vaginites mixtes, infections chroniques asymptomatiques, endométrite, périhépatite et trachome oculaire (lorsque la chlamydia en est responsable).

Nous avons demandé à toutes les personnes intéressées de remplir un bref questionnaire Qualtrics afin de vérifier leur admissibilité, et un sous-comité de l'équipe de recherche s'est réuni régulièrement pour examiner tous les questionnaires des personnes candidates. Le choix des personnes à interroger s'est fondé à la fois sur les critères d'admissibilité et sur la volonté d'assurer une diversité de points de vue.

Entretiens

Le guide d'entretien portait sur les expériences des personnes interrogées concernant :

- leur accès aux tests de dépistage de la chlamydia et des ITSS et leurs connaissances de ces tests;
- leurs interactions avec les prestataires de soins de santé;
- les obstacles et les facteurs favorables au dépistage;
- la dimension émotionnelle et culturelle des soins;
- leurs recommandations visant à faire évoluer le système de santé et les politiques en place.

Les entretiens ont été menés par quatre membres de l'équipe de recherche : Maryam Khan, Anu Radha Verma, Malek Yalaoui et Jaylene McRae. Les entretiens ont duré entre 60 et 90 minutes. Ils ont été enregistrés sur Zoom et transcrits mot pour mot. Ces transcriptions ont ensuite été expurgées de toute information permettant d'identifier les personnes concernées (noms, lieux précis, etc.).

En ce qui concerne l'accessibilité, les personnes interrogées ont été invitées à faire part de leurs besoins en la matière avant l'entretien et se sont vu proposer, si nécessaire, un service d'interprétation en ASL ou en LSQ. On proposait également aux gens d'éteindre leur caméra, d'utiliser la fonction de clavardage pour communiquer et de faire autant de pauses que nécessaire.

Toutes les personnes ayant accepté de donner de leur temps et de nous confier leurs expériences ont reçu des honoraires en guise de remerciement pour leur générosité.

Validation par les participant·e·s

Les personnes interrogées ont été invitées à relire les transcriptions de leurs entretiens dans le cadre d'un processus appelé « validation par les participant·e·s », afin de s'assurer que leurs expériences étaient fidèlement représentées et que les transcriptions correspondaient bien à leurs propos et à leurs points de vue.

Analyse

Processus de codage

Un sous-comité composé de quatre membres de l'équipe de recherche a commencé par coder séparément quatre transcriptions afin de générer les codes initiaux. Pour chaque transcription, des codes ont été créés pour différents segments de texte (citations) correspondant aux expériences et aux réflexions des personnes interrogées dans le domaine du dépistage et du traitement de la chlamydia. Ces codes initiaux ont ensuite été comparés, discutés et modifiés avant de passer au reste des transcriptions. Au fur et à mesure que le sous-comité examinait l'ensemble des transcriptions, de nouveaux codes ont été créés et, parfois, les codes existants ont été modifiés.

Dans le cadre de cette procédure, les données ont été analysées par codage inductif dans NVivo, un logiciel d'analyse de données qualitatives. Au fil de notre travail, une grille de codage commune a été élaborée conjointement par l'équipe de recherche et l'équipe du programme bispirituel du CBRC, en mettant l'accent sur les effets de la misogynie, du capacitisme, du racisme, de la cisnormativité et de l'hétérosexisme sur les soins. Le codage s'est fait de manière itérative et réflexive, plusieurs membres de l'équipe examinant les transcriptions et discutant des catégories descriptives afin d'assurer la rigueur et la cohérence de l'ensemble¹³.

Une fois les codes finalisés, ils ont été regroupés par thèmes, ces thèmes reflétant les tendances importantes observées dans les données. Bon nombre de ces thèmes, ainsi que les codes qui les composent, sont présentés dans la section [Principaux résultats](#) du rapport.

Un processus de codage distinct a été mené uniquement pour les données des personnes bispirituelles et *indigiqueers* interrogées. Ce processus est décrit dans un rapport distinct [accessible en ligne](#).

Participant·e·s

Au total, 23 personnes ont pris part aux entretiens audio enregistrés. Toutes ces personnes vivaient en Ontario, en région urbaine, en banlieue ou en zone rurale, la plupart dans la région du Grand Toronto, malgré les efforts déployés pour recruter des personnes en dehors des grandes villes. Toutes les personnes participant se sont identifiées comme racisées et 2S/LBTQ+, avec un large éventail d'identités de genre et d'expériences liées au handicap. L'âge des personnes participant allait de 20 à 60 ans. Malgré les efforts de recrutement et les accommodements proposés dans différentes langues (ASL, LSQ et français), tous les entretiens se sont déroulés en anglais. Les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées sont présentées ci-dessous dans les tableaux 1 à 6.

Tableau 1 : Personnes interrogées par tranche d'âge (n=23)

20-29 ans	11 personnes
30-39 ans	7 personnes
40-49 ans	3 personnes
50 ans et plus	2 personnes

¹³ Maguire, Moira et Brid Delahunt. Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars (anglais). All Ireland Journal of Higher Education, vol. 9, no 3, octobre 2017. <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>.



Tableau 2 : Personnes interrogées par taille de collectivité (Ontario, Canada) (n=23)

Grande agglomération (population > 1 million)	13 personnes
Petite à moyenne agglomération (population = 100 000 à 500 000)	6 personnes
Village ou zone rurale (population < 100 000)	4 personnes

Tableau 3 : Personnes interrogées par orientation sexuelle (n=23)

Personne pansexuelle	8 personnes
Personne bisexuelle	5 personnes
Personne queer	5 personnes
Lesbienne	4 personnes
Personne asexuelle	1 personne

Tableau 4 : Personnes interrogées par identité de genre (n=23)

*Certaines se sont identifiées à la fois comme trans et non binaires.

Cisgenre	10 personnes
Transgenre	9 personnes
Non binaire	7 personnes

Tableau 5 : Personnes interrogées par identité ethnique et raciale (n=23)

*Certaines ont déclaré plusieurs identités ethniques et raciales.

D'origine africaine, caribéenne ou noire	10 personnes
Personne autochtone (bispirituelle ou indigiqueer) ¹⁴	8 personnes
D'origine sud-asiatique	5 personnes
D'origine raciale mixte	5 personnes
D'origine moyenne-orientale/arabe	3 personnes

¹⁴ Les résultats propres aux expériences des personnes bispirituelles et *indigiqueers* ayant participé à l'étude sont présentés dans un rapport distinct [accessible en ligne](#).

Tableau 6 : Personnes interrogées par handicap, neurodivergence ou état de santé mentale (n=23)

*Certaines ont fait état de plusieurs expériences en la matière.

Enjeux de santé mentale	14 personnes
Neurodivergence	12 personnes
Handicap physique ou état de santé chronique	11 personnes

Les informations présentées dans le tableau 6 correspondent aux expériences décrites par les personnes mêmes en réponse à une question ouverte sur le handicap, inspirée de la définition du handicap figurant dans la *Loi canadienne sur l'accessibilité*, consultable dans la section [Critères d'admissibilité](#) du présent rapport. Les personnes interrogées ont déclaré un large éventail d'états physiques, sensoriels, mentaux, neurodivers, développementaux et chroniques (TDAH, autisme, dépression, anxiété, ESPT, douleurs chroniques, déficience visuelle, etc.). Aucun document médical ni diagnostic officiel n'était demandé, la perception qu'avaient les gens de leur propre handicap étant considérée comme suffisante.

Ensemble, ces caractéristiques démographiques témoignent d'une grande diversité d'identités, de lieux de résidence et de vécus, partout en Ontario, tous influencés par des formes croisées de marginalisation.

Les résultats suivants, ainsi que ceux du [rapport en ligne consacré aux personnes bispirituelles](#), sont directement tirés des témoignages des personnes interrogées, et illustrent les effets des diverses formes d'oppression sur l'accès à l'information, au dépistage et au traitement de la chlamydia et, plus largement, aux soins de santé sexuelle.

Principaux résultats

Dans cette section, nous présenterons les principaux résultats concernant les difficultés rencontrées par les personnes interrogées dans l'accès à l'information, au dépistage et au traitement de la chlamydia, ainsi que leurs expériences avec les prestataires de soins de santé, notamment les cas de discrimination et d'oppression. Nous examinerons également leurs stratégies d'adaptation en communauté et leurs recommandations à l'intention des prestataires de soins de santé et de leurs pair·e·s.

Ces résultats ne reflètent pas l'ensemble des thèmes dégagés, mais uniquement ceux qui ont été le plus souvent abordés par les personnes participantes.

Il convient de noter que ces conclusions sont issues de l'analyse de l'ensemble des entretiens. Les résultats propres aux expériences des personnes bispirituelles et *indigiqueers* interrogées ont été analysés séparément et sont présentés dans un [rapport distinct accessible en ligne](#).

Difficultés à obtenir des informations sur la chlamydia et à accéder au dépistage et au traitement

Il était difficile pour beaucoup des personnes interrogées d'accéder à des informations fiables sur la chlamydia, à des dépistages de l'infection en temps opportun et à un traitement adéquat. Au cours des entretiens, les personnes participant ont évoqué des obstacles structurels, culturels et géographiques qui les empêchaient d'obtenir des conseils clairs, des soins cohérents ou un accompagnement sécuritaire et respectueux.

Manque d'informations sur la chlamydia et les autres ITSS

Beaucoup de personnes ont déclaré avoir dû s'informer par elles-mêmes sur la chlamydia et d'autres ITSS; elles avaient souvent recours à des brochures, à des associations à but non lucratif ou à des ressources en ligne, car les prestataires de soins de santé ne leur donnaient pas beaucoup d'explications. Elles souhaitent bénéficier d'informations plus claires et dénuées de jugement sur la prévention et le dépistage.

« J'avais l'impression d'être un numéro, une consultation avec laquelle on avait hâte d'en finir. On ne m'a pas expliqué les autres facteurs de risque ni donné d'informations sur les éventuelles co-infections, ni même des renseignements de base sur la chlamydia ou les autres ITSS pour lesquelles j'avais été testée. J'ai dû me renseigner par moi-même. »

Manque d'accès aux médecins de famille

Plusieurs des personnes interrogées n'avaient pas de médecin de famille, ce qui les obligeait à se tourner vers les cliniques sans rendez-vous ou les services de santé publique. Le manque de continuité dans la prise en charge leur donnait le sentiment d'être laissées pour compte et privées de soutien, et elles avaient du mal à bâtir une relation de confiance, dans la durée, autour de leur santé sexuelle.

« Les services ne sont pas accessibles parce que les gens n'ont pas de médecin de famille, et c'est un point d'accès essentiel dont beaucoup de personnes queers, non binaires et trans sont privées. [...] Beaucoup d'entre elles ne savent pas où [aller] en raison de la pénurie de médecins de famille. »

« Si j'avais un médecin traitant que je pouvais voir de temps en temps pour lui parler de mes difficultés [...], si j'avais ça, je pense que je me sentirais beaucoup mieux sur le plan psychologique. Je parlerais aussi plus ouvertement de ma santé physique. »

Manque de ressources culturellement pertinentes

Les personnes queers racisées ont déclaré qu'elles sentaient rarement, dans les environnements cliniques, les ressources existantes ou chez les prestataires, une compréhension véritable de leur identité et une absence de jugement. Même lorsque la prise en charge était techniquement compétente, elle manquait souvent de sensibilité culturelle et d'adéquation avec leur vécu. Les personnes interrogées ont souligné que les soins culturellement pertinents ne devraient pas se limiter à apporter un certain niveau de confort, mais qu'ils devraient aussi assurer la sécurité et la dignité de la personne, ainsi que la prévention des préjudices sociaux. Pour de nombreuses personnes, ce manque d'ancrage culturel avait de graves conséquences, notamment des risques réels de stigmatisation au sein de leurs communautés; par conséquent, la confidentialité et la discrétion étaient décrits comme des éléments essentiels d'une prise en charge adéquate. Dans ce contexte, elles ont déclaré que les prestataires qui manquaient de sensibilité culturelle sous-estimaient souvent ce qui était en jeu pour elles. Comme l'a expliqué l'une des personnes interrogées à propos de son propre contexte culturel :

« Je pense qu'il faut simplement garder à l'esprit que la stigmatisation [autour du sexe et de la sexualité] est dix fois plus forte dans notre communauté. [...] Je pense que les prestataires de soins de santé doivent prendre conscience de la délicatesse du sujet, et que cela ne se traduit pas nécessairement par ce que les gens imaginent, comme les "crimes d'honneur". [...] Mais le simple fait que les gens vous excluent, qu'ils ne vous adressent plus la parole, c'est déjà énorme. C'est ça la honte : le fait que tu n'aies plus d'honneur, le fait que ta famille n'ait plus d'honneur. Je pense donc qu'il est très important pour les prestataires de soins de santé de faire preuve de sensibilité culturelle et de discrétion sur ces questions. »

Obstacles géographiques

Les personnes vivant dans de petites localités ou en zone rurale ont fait état d'obstacles majeurs au dépistage : horaires d'ouverture limités des cliniques, longueur des trajets pour s'y rendre – parfois compliqués par leur handicap –, coût élevé des transports publics, etc. Beaucoup ont déclaré devoir quitter leur lieu de résidence pour se rendre dans des établissements accueillants ou compétents, ce qui transformait souvent le dépistage en une épreuve d'une journée complète.

« Je ne vais à l'école qu'une fois par semaine, mais même ça, c'est déjà tout un parcours du combattant de me préparer et de m'y rendre. J'y vais en bus. Alors, faire l'aller-retour jusqu'à (la clinique de) l'école juste pour récupérer mes résultats, je me demande si ça en vaut vraiment la peine. »

« À cause de mon handicap, je ne suis pas vraiment en mesure de conduire correctement, et donc je dois prendre le bus, ce qui, à [grande ville], peut prendre jusqu'à trois heures. En voiture, ça prend 1 h 30. »

Pour beaucoup, ces obstacles à l'accès n'étaient qu'un avant-goût des interactions complexes, souvent tendues, qu'elles avaient dans les établissements cliniques. Les échanges avec le personnel soignant faisaient émerger toute une série de nouveaux obstacles qui nuisaient à leur sentiment de dignité et de sécurité, et à leur disposition à retourner en clinique.

Expériences auprès des prestataires de soins de santé

Si les obstacles structurels rendaient difficile l'accès aux soins, ce sont souvent les expériences au sein de la clinique qui avaient les répercussions émotionnelles les plus importantes. Les personnes interrogées ont régulièrement indiqué que c'était la qualité des interactions avec les prestataires, et non pas juste l'accessibilité des services, qui déterminait leur capacité à continuer un traitement pour la chlamydia en toute confiance.

Anxiété et crainte avant le dépistage; manque de suivi et de rassurance après

Beaucoup des personnes participant·e-s ont évoqué les difficultés émotionnelles vécues en préparation d'un dépistage des ITSS ou de la chlamydia. Pour certaines, l'anxiété n'était pas tant liée à la crainte de l'infection elle-même qu'à l'incertitude quant à la manière dont elles seraient traitées par le personnel soignant. Plusieurs ont déclaré avoir été laissées dans l'ignorance à l'issue des examens, sans véritable suivi ni rassurance une fois les résultats connus – en particulier lorsque ceux-ci étaient négatifs –, ce qui n'a fait qu'aggraver leur sentiment de frustration et de peur.

« C'est cette partie-là qui me stresse : la phase préalable, la préparation au rendez-vous et le fait de se demander comment ça va se passer. »

« Je crois que le pire, c'était de devoir attendre le coup de fil. Si le résultat est positif, on t'appelle [...], et si on t'appelle pas, c'est que tout va bien. [...] Mais je pense qu'on devrait appeler les gens même pour leur dire : "Non, tout va bien, vous n'avez rien." J'ai vraiment haï ça. »

Manque de connaissances des prestataires de soins de santé sur la santé sexuelle 2S/LBTQ+

Les personnes interrogées ont souvent déclaré que leurs prestataires de soins de santé manquaient d'informations sur la santé sexuelle queer, notamment plusieurs notions fondamentales concernant les ITSS, la PrEP¹⁵ et les corps non cisgenres. Certaines ont déclaré que leurs médecins avaient émis des hypothèses erronées sur les populations dites « à risque », tandis que d'autres ont dit s'être vu refuser purement et simplement des soins. Plusieurs personnes ont souligné que les prestataires de soins de santé sous-estimaient ou méconnaissaient souvent les risques de transmission des ITSS entre femmes ou personnes de diverses identités de genre, laissant ainsi de côté les femmes queers et les personnes trans et non binaires. À cause

¹⁵ Les résultats propres aux expériences des personnes bispirituelles et *indigiqueers* ayant participé à l'étude sont présentés dans un rapport distinct [accessible en ligne](#).

de ce manque de connaissances, les personnes interrogées se voyaient rarement offrir des tests de dépistage, recevaient des conseils inadéquats et sentaient leur santé sexuelle « invisibilisée » par les environnements cliniques.

« Il m'a demandé : "Combien de partenaires?" [...] Puis il m'a demandé si c'étaient des hommes ou des femmes. Quand j'ai dit des femmes, il a dit : "Oh, dans ce cas, vous n'avez pas vraiment besoin de vous faire dépister". Ça a été sa première réponse. »

« Même à la [clinique universitaire], quand j'ai demandé à prendre la PrEP [...], un médecin me l'a refusé en me disant : "Oh, je ne pense pas que vous en ayez besoin, car vous ne fréquentez pas assez d'hommes cis." J'étais comme : "Écoute, donne-moi la PrEP, c'est tout!" Mais il a refusé. Enfin, pas refusé, mais j'ai l'impression que si je n'avais pas continué à insister, il aurait refusé. [...] Quand on est chez le médecin, on est déjà très vulnérables [...], on est moins susceptibles de continuer à insister, ne serait-ce qu'à cause de cet état de vulnérabilité. »

Charge mentale liée à l'éducation des prestataires

Nombre de personnes interrogées ont déclaré en avoir assez de devoir « éduquer » le personnel médical ou infirmier sur leur corps, leur genre et leurs pratiques sexuelles. Ce travail pédagogique, effectué dans un contexte de recherche de soins, était décrit comme épuisant sur le plan émotionnel et renforçant les déséquilibres de pouvoir au sein du système de santé.

« À l'avenir, je refuserai de consulter des gens qui ne sont pas au minimum racisés. Je n'ai pas à expliquer qui je suis, et je n'ai pas non plus à composer avec leur blanchitude qui m'empêche d'avoir accès aux soins. »

Questions intrusives

Les personnes interrogées ont indiqué que les prestataires de soins de santé leur posaient parfois des questions personnelles ou hors de propos sur leur identité de genre ou leurs antécédents sexuels, apparemment par pur voyeurisme ou conformisme. Ces questionnements leur donnaient le sentiment d'être mises à nu et discréditées plutôt que d'être prises en charge. Certaines personnes trans ont déclaré qu'on leur avait posé des questions inutiles ou intrusives qui n'avaient aucun rapport avec les soins qu'elles sollicitaient.

« Si je me rends dans une clinique d'ITSS, c'est pour parler d'ITSS, pas d'autre chose. Parfois, on me demande carrément : "Alors, tu fais quelque chose par rapport au fait d'être trans?" ou des remarques du genre. Mais qu'est-ce que ça peut bien faire que je sois cis ou trans ou non binaire? J'ai quand même droit à des soins de santé sexuelle. »

Préoccupations liées au consentement éclairé

Les personnes participant ont insisté sur l'importance du respect de l'autonomie corporelle dans la prestation de services de dépistage et de traitement, en particulier auprès des personnes ayant des antécédents de traumatismes ou des identités de genre incomprises. Certaines ont déclaré que le personnel soignant effectuait les procédures à la hâte ou les expliquait mal, ce qui rendait celles-ci très intrusives et retraumatisantes.

« Et je pense plus précisément aux examens qui nécessitent l'utilisation d'un spéculum. J'ai entendu tellement, mais tellement [de gens] raconter que... Et ça m'est arrivé à moi aussi. De demander avec insistance : "Pourriez-vous utiliser le spéculum et les instruments les plus petits que vous ayez?" Et puis [une fois l'intervention commencée], la personne dit : "Oh... je devrais aller en chercher un plus petit." Et je suis juste : "C'est exactement ce que je vous ai dit tantôt, et maintenant j'ai vraiment très mal. Je crie de douleur, je ne veux plus jamais revenir ici, et vous auriez pu simplement prendre le plus petit tantôt." »

Atteintes à la vie privée et à la confidentialité

Certaines personnes ont déclaré ne pas se sentir à l'aise de parler de santé sexuelle avec leur médecin de famille dans les petites villes, où « tout le monde se connaît ». Cette crainte de voir leur identité sexuelle divulguée les dissuadait d'aller chercher les soins pertinents. D'autres ont fait remarquer que les cliniques ne disposaient souvent pas de systèmes de rétroaction anonymes ou discrets, et qu'il était donc très compliqué de demander des comptes aux prestataires ou de signaler des préjudices sans risquer d'être identifiées.

« Je me souviens que, dans ma jeunesse, j'avais très peur d'aller me faire tester : et si mes parents l'apprenaient? Et en fait, ironiquement, on a appelé à la maison un jour pour dire à ma mère : "Oh, elle doit rappeler le cabinet médical, car il y a une anomalie dans son test Pap". Ma mère a pété un plomb, qu'est-ce qui se passe? La réceptionniste n'avait pas respecté les règles de confidentialité, parce qu'à l'époque, j'avais 17 ans. »

Importance de l'autodépistage

Les personnes participant ont souligné l'importance de pouvoir prélever elles-mêmes leurs échantillons pour le dépistage des ITSS, décrivant cette pratique comme une forme d'autonomisation et de validation qui leur permettait de se sentir davantage en contrôle de leur corps. Pour beaucoup, le prélèvement par auto-échantillonnage permettait de réduire l'anxiété, la gêne et le sentiment de vulnérabilité associés aux tests effectués par le personnel clinique – en particulier chez les personnes qui s'étaient déjà senties jugées ou qui avaient vécu des expériences traumatisantes en milieu clinique. La possibilité de prélever leurs propres échantillons était perçue à la fois comme une forme d'autonomie corporelle et comme une source de sécurité émotionnelle, qui renforçait la confiance dans le processus de dépistage.

« Ces dernières années, j'ai eu la possibilité d'effectuer mes propres prélèvements et c'est vraiment génial, je ne savais pas que c'était une option. Je suis très fière de moi [...], c'est cool d'avoir de l'autonomie et un contrôle sur mon corps. C'est quelque chose que j'ai vraiment apprécié. [...] C'est aussi très valorisant de savoir qu'il s'agit de mon corps, que je peux aussi en prendre soin et que je fais partie intégrante de ce processus. »

« Lors de ma dernière visite chez le médecin, j'ai dit : Je sais en quoi ça consiste. C'est exactement ce qu'il me faut. Je vais le faire moi-même. Je vais faire le prélèvement moi-même, alors vous n'avez qu'à me donner l'échantillon. [...] Les gens ne savent pas qu'ils peuvent faire ce genre de chose, qu'ils ont un certain pouvoir et peuvent se faire entendre. [...] Bref, ça m'a aidée. Je pense que ça m'a aidée [...] maintenant que j'ai les connaissances et la confiance nécessaires en matière d'ITSS. »

Importance du lien de confiance avec les prestataires 2S/LBTQ+

Lorsque les personnes avaient eu affaire à des prestataires de soins de santé 2S/LBTQ+ avec une approche compétente et positive, cela les avait vraiment aidées à se sentir à l'aise et les avait incitées à continuer de se faire soigner. Elles ont souligné que la confiance, la compréhension et le sentiment d'identité partagée pouvaient transformer une expérience vulnérabilisante en une occasion de se sentir plus fortes et autonomes.

« Je crois que ma prestataire fait désormais tout son possible pour bien faire passer le message. [...] Je le devine à sa façon de s'exprimer, aux questions qu'elle pose, à la manière dont elle les pose, et à ce qu'elle précise. Je sais aussi qu'elle est queer et ça m'aide, pour être honnête, parce que [...] je ne me sens plus du tout comme une curiosité, quand je suis là. Ça fait toute une différence. Je ne m'étais jamais sentie comme ça avant. »

L'ensemble de ces témoignages montrent que les interactions cliniques étaient teintées de préjugés sociaux qui ont profondément influencé le traitement des personnes interrogées. Ces dernières ont insisté sur le fait que leurs interactions avec les prestataires de soins de santé ne constituaient pas des incidents isolés. Les épisodes anxiogènes, la négligence et les lacunes dans la prise en charge relevaient souvent de schémas de discrimination plus larges, profondément ancrés dans le système de santé. Les incidents rapportés trahissaient non seulement des comportements individuels problématiques, mais aussi une discrimination systémique implantée dans le système de santé dans son ensemble. Pour bien comprendre ces interactions, il est important d'examiner les formes de discrimination et d'oppression que les personnes interrogées ont décrites comme étant à leur origine.

Discrimination et oppression dans les environnements cliniques

Dans tous les entretiens, les personnes participant ont décrit l'influence directe de formes systémiques et croisées d'oppression (capacitisme, racisme anti-noir, cishétéronormativité, transphobie, sexisme et stigmatisation de la neurodivergence) sur leur expérience des soins liés à la chlamydia. Ces formes de discrimination n'étaient pas des incidents isolés, mais des schémas récurrents qui influaient non seulement sur la manière dont le personnel les percevait et s'adressait à elles, mais aussi sur leur propre sentiment de sécurité et de dignité, sur leur capacité à accéder aux soins nécessaires, voire, plus généralement, sur leur confiance dans le système de santé. Les témoignages des personnes interrogées indiquent que bon nombre des difficultés rencontrées trouvaient leur origine dans des formes de discrimination systémiques qui dépassent la simple médiocrité du contact avec la patientèle.

Capacitisme

Les personnes en situation de handicap ont rapporté avoir été victimes de stéréotypes, de comportements humiliants ou de mauvais traitements physiques lors des tests de dépistage, le personnel soignant présumant un manque de coopération de leur part et échouant à les traiter avec compassion ou nuance. Elles ont également indiqué que les prestataires de soins de santé avaient souvent tendance à « déssexualiser » les personnes en situation de handicap, partant du principe qu'elles n'étaient pas sexuellement actives, et donc qu'elles n'avaient pas besoin de soins de santé sexuelle ou reproductive. Ce préjugé capacitiste venait nier leur autonomie sexuelle, les privant d'occasions de dépistage des ITSS, de prévention et de discussion ouverte sur le bien-être sexuel.

« Mes handicaps sont invisibles, mais j'ai des ami-e-s avec des handicaps visibles, et c'est comme si, d'après ces personnes, la possibilité qu'elles aient une vie sexuelle active est complètement incongrue aux yeux du personnel des cliniques de santé sexuelle. Je me souviens de mon amie qui est en fauteuil roulant et qui est allée se faire dépister. [...] Et elle s'est fait dire : "Tu es sûre que ça marche encore là-dedans?" [...] Elle a répondu : "Ben allez donc voir et constatez par vous-même". [...] C'est comme si l'idée que l'on puisse être un être sexuel avec un handicap était complètement insolite. »

Racisme contre les personnes noires et misogynoir

L'un des constats manifestes de cette étude est le croisement entre le racisme anti-noir et le sexisme, qui influençait la perception et le traitement des femmes et des personnes de diverses identités de genre noires. Celles-ci ont raconté être régulièrement jugées « difficiles », « dévergondées » ou « non coopératives », ce qui éveillait leur méfiance et les incitait à ne pas se faire soigner.

« [Les prestataires de soins de santé] me voient comme une femme noire en colère, [comme] quelqu'un de problématique, et ne veulent pas m'aider. C'est donc un autre aspect à prendre en compte lorsqu'il s'agit de défendre ses intérêts en tant que femme noire. Tu ne veux pas passer pour la "femme noire en colère" et qu'ils puissent dire ensuite : "Ouais, je savais qu'elle allait se comporter comme ça, c'est pour ça." C'est très difficile de savoir ce qu'on peut faire et à quel moment. Et maintenant, j'ai atteint un âge où je me dis, je m'en fous! Vous allez m'écouter. Si vous n'aimez pas ce que j'ai à dire, tant pis. Mais vous allez me faire passer les tests de dépistage dont j'ai besoin. Et si le résultat est positif, c'est vous qui allez passer pour des imbéciles, parce que c'est vous les médecins! »

Pour en savoir plus sur les expériences des personnes interrogées en matière de défense des droits et découvrir leurs conseils aux membres de la communauté, consultez [Réclamer son autonomie : perspectives communautaires](#), un rapport connexe issu de la même étude et propre à cet enjeu précis, rédigé par Oghenetega Ubor, membre du Conseil consultatif communautaire.

Cishétéronormativité

Dans tous les entretiens, les personnes participant ont souligné que les soins de santé sexuelle sont conçus selon des normes cisgenres et hétérosexuelles, qu'il s'agisse des formulaires d'admission, du vocabulaire clinique ou des hypothèses qui sous-tendent les questionnaires de dépistage. Cette invisibilisation donnait aux personnes queers, trans et de diverses identités de genre le sentiment d'être exclues ou pathologisées.

« Si tu es non binaire [ou] trans, tout dépend du respect que te porte la personne en face de toi. [...] Même à [clinique 2S/GBTQ+ d'une grande ville] [...], une bonne partie du personnel, en tous cas selon mon impression, est composée d'hommes gais cis [...] donc je n'interagis pas toujours très ouvertement avec eux. Je pense que ce qui m'irrite le plus, c'est de devoir interagir avec les personnes cis qui m'accompagnent tout au long du processus. »

Hétérosexisme

Beaucoup des personnes queers et pansexuelles interrogées ont déclaré que les prestataires de soins de santé tenaient pour acquis qu'elles étaient hétérosexuelles, et ignoraient ou occultaient souvent leurs expériences homosexuelles. Cette supposition suscitait un sentiment de malaise et de méfiance, car elles devaient décider par elles-mêmes de révéler ou non leur orientation sexuelle pour pouvoir bénéficier de soins adaptés.

« J'avais un stérilet, et j'avais plus mal pendant mes règles qu'avant. [...] Je suis allée demander qu'on me l'enlève, et je crois qu'une personne m'a opposé un refus. C'était vraiment déstabilisant. [...] Puis, quelques mois plus tard, je suis allée voir quelqu'un d'autre. [...] Ce deuxième médecin [...] m'a retiré le stérilet, [mais après ça], il a vraiment insisté pour que je prenne la pilule. À l'époque, j'étais encore dans une relation à long terme avec quelqu'un qui n'avait pas de sperme. J'ai dit : "Ça ne m'inquiète vraiment pas, et tout ça commence vraiment à m'énerver. Est-ce que je peux juste ne pas la prendre, s'il vous plaît?" Ça a vraiment été très dur par moments. »

Neurodivergence

Plusieurs personnes ont parlé du lien entre leur Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou d'autres formes de neurodivergence et leurs expériences au sein du système de santé. Elles ont évoqué leurs problèmes en matière de fonctions exécutives, la surstimulation dont elles souffraient dans les environnements cliniques, ainsi que leur sentiment d'être incomprises ou jugées lorsqu'elles exprimaient de l'anxiété ou une difficulté à subir les examens médicaux. Pour certaines d'entre elles, la rapidité ou le caractère impersonnel des consultations venaient exacerber leur sentiment de honte ou leur impression d'être dépassées. Elles ont exprimé le désir de voir les prestataires ralentir, faire régulièrement le point avec elles et communiquer avec patience et clarté.

« La planification, le dépistage ou le retour en clinique pour chercher ses résultats, ce sont des choses qui exigent une attention constante dont ne disposent pas toujours les personnes avec un TDAH. »

« Je pense que c'est parce que toutes ces choses s'accumulent qu'on ne s'y retrouve plus dans le système de santé. Pour une personne neurodivergente, ou plus précisément avec un TDAH ou un trouble des fonctions exécutives exacerbé, ça devient impossible de suivre toutes les étapes nécessaires à l'obtention des soins dont on a besoin. »

« Souvent, mon côté autiste n'est pas visible quand je vais me faire dépister, [parce que] s'il se manifestait, je passerais pour la femme noire en colère. Je n'ai pas le luxe de pouvoir être en colère. Je serais considérée comme réactive. [...] Donc, bien souvent, lorsque je me prépare, je fais le calcul des interactions qui pourraient potentiellement arriver et me mettre mal à l'aise. Et je répète sur mon lit. "Oh, c'est comme ça qu'on fait. C'est comme ça qu'on bouge. C'est ça qu'on dit." Mais dès que ça s'écarte du plan que j'avais en tête, je suis complètement dépassée. C'est vraiment, vraiment trop pour moi. Et je pense que c'est le cas pour beaucoup de personnes racisées de la neurodiversité. Beaucoup. On n'a pas le luxe d'appartenir à la neurodiversité. »

Sexisme

Les personnes interrogées ont dit s'être senties jugées ou ignorées par les prestataires de soins de santé en raison de préjugés sexistes sur leur comportement sexuel ou leur moralité. Les femmes et les personnes ayant une présentation de genre féminine ont déclaré qu'on leur parlait souvent sur un ton condescendant ou qu'on minimisait leurs symptômes.

« En général, être une femme, je trouve que ça peut parfois être un obstacle à l'obtention de soins de santé. [...] En particulier, on ne nous prend pas autant au sérieux. [...] Être une femme et penser à toutes ces questions de santé sexuelle... elles ont tendance à être balayées sous le tapis, si vous voyez ce que je veux dire. »

Transphobie et transmisogynie

Les personnes trans et non binaires qui avaient cherché à obtenir des soins liés à la chlamydia ont déclaré avoir été mégenrées et appelées par le mauvais prénom, ou avoir vu leur identité de genre considérée comme hors de propos ou comme un fardeau par le personnel. Elles en conservaient des séquelles émotionnelles qui les dissuadaient de retourner se faire soigner.

« Il y a aussi une infirmière qui travaille dans sa clinique et elle a eu une attitude un peu transphobe envers moi au fil des ans; elle me demandait tout le temps si je voulais changer d'avis, elle insistait pour que je prenne des contraceptifs au lieu de bloqueurs d'hormones et ce genre de choses. C'est un peu comme s'il fallait se battre en permanence, malheureusement. »

Répercussions des multiples obstacles sur la santé mentale

Chez les personnes vivant à l'intersection de multiples formes de marginalisation, la discrimination et l'épuisement face au système aggravaient tous les obstacles existants. Elles ont confié que leurs expériences répétées de discrimination, de mégenrage et de négligence en milieu clinique étaient anxigènes et émotionnellement épuisantes, et qu'elles avaient contribué à générer une méfiance conduisant plusieurs d'entre elles à renoncer complètement à se faire soigner. Pour certaines, le simple fait d'envisager un rendez-vous était source de stress ou de peur, puisqu'elles craignaient d'être traumatisées à nouveau.

« Parfois, quand je traverse des périodes de morosité ou de dépression pure et simple, cela m'empêche vraiment d'aller dans ces cliniques, car au final, ce serait juste un autre fardeau émotionnel. Je ne veux pas le fardeau physique d'une éventuelle ITSS, en plus du traumatisme psychologique [en cabinet médical], alors dans ce cas-là, j'en choisis juste un. »

Ces expériences d'oppression étaient très pénibles, mais ne constituaient pas la fin de l'histoire. Malgré le poids de ces formes de discrimination croisées, les personnes interrogées ne restaient pas passives face à ces défis. Parallèlement à leurs témoignages sur le fardeau émotionnel de la discrimination systémique dans les environnements cliniques, elles ont parlé des moyens par lesquels résister, s'adapter et trouver du soutien en dehors du système de santé.

Stratégies d'adaptation en communauté

Résilience face aux obstacles

Face à la négligence systémique, les personnes interrogées faisaient preuve d'une grande résilience : elles se tournaient vers les réseaux communautaires, effectuaient leurs propres recherches et apprenaient à défendre leurs propres intérêts, en plus d'avoir recours aux enseignements propres à leur culture afin de combler les lacunes laissées par le système de santé officiel. Elles ont déclaré s'informer par elles-mêmes, trouver des mécanismes d'adaptation et défendre leurs propres droits face à l'abandon des institutions.

« Il arrive un moment où je dois me dire : si tu vas te faire dépister, c'est pas pour [le personnel soignant] que t'es là. T'es là pour toi. T'es là pour tes partenaires. [...] Pas seulement pour ta santé, mais aussi pour la leur. Alors, prends sur toi. Prends sur toi, c'est tout. Ça durera pas longtemps. Passe au travers. »

Importance des soins culturellement pertinents valorisant les identités queers

Lorsque les personnes interrogées rencontraient des prestataires qui respectaient leur genre, leur culture et leur sexualité, elles se sentaient vues, soutenues et en sécurité. Elles ont fait remarquer que les soins adaptés à la culture et respectueux des personnes queers ne constituaient pas un « plus » : ils étaient indispensables à un accès équitable à la santé et au bien-être mental.

« Je recommanderais aux prestataires de soins de santé d'adopter un langage clair et inclusif pour les personnes non binaires et trans. [...] Le personnel soignant doit comprendre qu'il peut rencontrer des personnes de ma communauté sans que celles-ci le disent [c'est-à-dire, divulguent leur identité de genre]. Je pense que la crainte de la discrimination ou de la stigmatisation peut jouer un rôle dans la décision de faire ou non pleinement confiance au personnel soignant [et que] l'un des rôles du système de santé est de faire tomber cette stigmatisation et de veiller à ce qu'il existe un espace confidentiel et sécuritaire où les gens peuvent parler de leurs besoins en matière de santé. »

Rôle de la communauté

Les personnes participant à l'étude ont décrit leurs communautés, tant locales qu'en ligne, comme des sources de force, de solidarité et d'informations vitales. La possibilité de parler ouvertement de dépistage, de sexualité et de soins de santé contribuait à réduire la stigmatisation et à instaurer une confiance mutuelle.

« J'avais une communauté autour de moi. J'avais des gens à qui poser mes questions. En fait, il y avait beaucoup de soins communautaires qui se donnaient. Je pouvais poser pratiquement n'importe quelle question aux gens autour de moi, et il y avait toujours quelqu'un qui savait où trouver la réponse. »

« C'est à ce moment-là que je me suis tournée vers la communauté. Je me suis également tournée vers Internet. Reddit, c'est un espace auquel j'ai vraiment recours, pour le meilleur ou pour le pire... C'est un espace très utile où l'on peut faire le tri dans tout le brouhaha et trouver de très bonnes informations tirées des anecdotes de gens ayant pris [tel médicament], qui parlent de leurs symptômes, qui confient [...] leurs effets secondaires et ce genre de choses. »

« J'ai grandi en m'impliquant activement dans ma communauté. J'ai passé beaucoup de temps avec nos Aîné-e-s et nos matriarches. [...] Alors j'ai pu bénéficier de leur soutien. Elles n'en comprenaient pas la moitié, mais bon, elles essayaient, et le fait de les avoir eues dans ma vie a vraiment été d'une grande aide. »

Ces récits révèlent non seulement les préjudices causés par l'oppression, mais aussi la formidable possibilité pour ces personnes de se tourner vers la communauté et de défendre leurs propres intérêts afin de pouvoir composer avec un système qui n'a pas été conçu pour elles, et ainsi de pouvoir prendre soin d'elles-mêmes et les unes des autres. Les divers témoignages montrent que l'entraide prenait souvent le relais là où le système de santé officiel échouait.

En résumé, les propos des personnes interrogées montrent que le manque d'informations, la discrimination au sein du système de santé et la nécessité de trouver des soutiens communautaires culturellement pertinents ont tous eu des effets sur leurs expériences en matière de dépistage et de traitement de la chlamydia. De tous ces témoignages émerge le portrait d'un système de santé où les personnes opprimées doivent faire face à l'ignorance et à la discrimination systémique, les forçant à se tourner constamment vers les soins communautaires pour combler leurs besoins en matière de santé sexuelle. Toutefois, les personnes participant à l'étude ont aussi clairement indiqué des voies de changement. Face à ces défis, elles ont formulé des recommandations concrètes visant à améliorer les soins de santé sexuelle. Leurs recommandations, qui visent à faciliter l'accès à des soins sécuritaires et adéquats, s'adressent tant aux prestataires de soins de santé qu'aux membres de la communauté et sont présentées dans la section suivante.

Principales recommandations

Face aux obstacles rencontrés et aux préjudices subis, les personnes interrogées ont formulé des recommandations pratiques et pertinentes visant à améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle. Ces dernières portent à la fois sur les changements nécessaires au sein du système de santé et sur les atouts qui existent déjà dans les communautés, et indiquent la voie à suivre pour garantir des soins liés à la chlamydia plus sécuritaires, adéquats et accessibles.

À l'intention des prestataires de soins de santé

En s'appuyant sur leur vécu, les personnes interrogées ont décrit leur conception idéale des soins – une prise en charge adéquate et bénéfique – et ont nommé plusieurs mesures concrètes que les prestataires de soins de santé devraient mettre en œuvre pour rendre le dépistage de la chlamydia en particulier, et les soins de santé sexuelle en général, plus sécuritaires, respectueux et accessibles. Leurs recommandations sont axées sur la création d'environnements culturellement sécuritaires, l'amélioration des compétences 2S/LBTQ+ et l'adoption de pratiques tenant compte des traumatismes, qui reconnaissent la diversité des expériences au sein de la patientèle. Elles mettent en lumière la nécessité d'adopter des approches qui respectent et favorisent la dignité, l'autonomie et la sécurité émotionnelle.

Sécurité culturelle

Les personnes interrogées ont réclamé des espaces cliniques où les identités culturelles soient respectées, et non remises en question ou effacées. Elles ont souligné que la sécurité culturelle implique de comprendre l'histoire et les expériences des communautés autochtones, noires et racisées, c'est-à-dire de ne pas traiter tout le monde « pareil », mais de prendre en charge chaque personne avec bienveillance et respect.

« Je suis noire [et] vous créez un climat où se perpétue de génération en génération la peur du système de santé. Car, si j'ai un enfant, est-ce que vous vous attendez vraiment à ce que je lui dise de faire confiance au système de santé, surtout quand il s'agit de santé sexuelle, alors que je n'ai aucune expérience positive à laquelle mon enfant pourra s'identifier, et que je ne vois pas, en toute logique, comment la situation pourrait s'améliorer de sitôt? Je peux toujours espérer, mais il y a la réalité des faits. Parfois, ce n'est pas juste moi qui suis touchée, ce sont des familles complètes. [...] C'est pour ça qu'on n'aime pas le système de santé. [...] Et c'est comme ça que tant de cas ne sont pas diagnostiqués, parce qu'il y aura toujours des gens qui ne parviendront pas à surmonter cette peur. [...] Mais l'environnement était-il suffisamment sécuritaire pour qu'elles se sentent à l'aise de venir consulter? »

Formation en santé 2S/LBTQ+

Les personnes interrogées ont insisté pour que l'ensemble du personnel soignant, pas juste dans les cliniques de santé sexuelle, bénéficie d'une formation approfondie en santé 2S/LBTQ+. Il s'agirait, notamment, de savoir utiliser les bons pronoms, de comprendre la diversité des pratiques sexuelles et d'éviter les préjugés problématiques sur le genre et la sexualité.

« Il est vraiment important de s'éduquer et de suivre des formations sur la prise en charge des personnes queers, sur les questions de terminologie et sur la manière de poser des questions sur les relations [sexuelles et amoureuses]. Le monde dans lequel nous vivons n'est pas seulement celui des personnes cis hétéros. [...] Il faut donc aborder [la patientèle] sans jugement, car il ne s'agit pas [du personnel], mais de nous et de notre prise en charge. Je pense que c'est vraiment important. De continuer à apprendre et à se former constamment, sans relâche. [...] Tout le monde n'est pas au courant et à jour, surtout quand on ne fait pas partie de la communauté, et c'est tout à fait correct. Mais ce qui n'est pas correct, c'est de ne pas prendre le temps ni la responsabilité d'apprendre, si on donne des soins à d'autres personnes. »

Soins tenant compte des traumatismes

Les personnes interrogées ont souligné l'importance des approches tenant compte des traumatismes, axées sur l'empathie, le consentement et la sécurité émotionnelle. Pour de nombreuses victimes de violences ou de discrimination, les examens médicaux et les tests de dépistage peuvent raviver des traumatismes; il est essentiel de leur accorder du crédit, de leur demander leur consentement et de les traiter avec bienveillance.

« Selon moi, c'est surtout le contact avec la patientèle qui, scandaleusement, n'est vraiment pas maîtrisé par beaucoup de prestataires de soins de santé en Ontario. Il faudrait vraiment leur offrir une remise à niveau. [...] Ce n'est pas une activité banale [...], ce n'est pas une journée comme les autres pour la patientèle. Et je trouve que l'apathie totale avec laquelle les médecins traitent la patientèle est tout simplement consternante, frustrante et parfois traumatisante. Donc je pense que, oui, le contact avec la patientèle, et aussi la recherche constante du consentement tout au long du processus de dépistage ou de diagnostic, sont vraiment importants. Et aussi pour tous les examens physiques, expliquer ce que vous faites au fur et à mesure que vous le faites. [...] Je l'ai répété 10 000 fois, dans 10 000 endroits, croyez donc votre patientèle! Peu importe la chose que les gens disent ou soupçonnent, prêtez-y l'attention qu'elle mérite. »

« J'ai juste besoin que les gens sachent que quand j'arrive, je suis stressée. Et quand je suis stressée, je gigote tout le temps, etc. Interprétez ça comme : "OK, cette personne est stressée. Je dois faire preuve de délicatesse." [...] Posez-moi des questions simples, et allez-y doucement, parce que, si vous me posez trop de questions [...], je vais avoir l'anxiété dans le tapis et je n'arriverai pas à la gérer en plus de mon TDAH. Donc, c'est juste une question de compassion, encore une fois. Prenez votre temps. Et respirez, genre. Laissez les gens respirer. [...] Laissez-moi juste me calmer un instant, et après je répondrai à vos questions et on verra à partir de là. Et puis, si je vous pose des questions, ne m'ignorez pas. Regardez-moi, vous avez deux yeux tout comme moi; regardez-moi et parlez-moi. Ne regardez pas votre ordinateur. [...] Non, ayez une conversation avec moi, parce que moi aussi, je suis un être humain. »

À l'intention des communautés

Outre les recommandations destinées aux prestataires de soins de santé, les personnes interrogées ont souligné le potentiel des stratégies communautaires et ont nommé les manières dont les communautés peuvent renforcer l'accès aux soins de santé sexuelle de l'intérieur. Elles ont insisté sur l'importance de l'entraide, de l'apprentissage collectif et des compétences permettant de défendre ses propres droits, des outils essentiels à l'autonomisation et à la capacité à composer avec un système qui, bien souvent, échoue à répondre à leurs besoins.

Renforcement des réseaux de pair-e-s et du partage de connaissances

Les personnes participant-e-s ont salué la capacité de leurs communautés à combler les lacunes du système de santé. Elles considéraient le soutien par les pair-e-s, l'entraide et l'éducation communautaire comme des ressources essentielles à la diffusion d'informations fiables, au renforcement de la résilience et à la diminution de la honte liée à la santé sexuelle.

« J'ai trouvé beaucoup de réconfort auprès de l'amie à qui je me suis confiée, parce qu'elle aussi avait vécu la même chose. Et donc, elle était manifestement là pour me soutenir, sans me juger du tout. C'est quelque chose que j'ai vraiment apprécié. »

« C'est comme ça que j'ai pu avoir du soutien, car j'ai des ami-e-s qui travaillent pour des organismes [spécialisés en santé sexuelle] [ou] qui ont des liens avec eux. Donc, sans leurs connaissances, je n'aurais pas su la moitié de ce que je sais. Alors oui, la communauté m'a beaucoup été utile à cet égard. »

« C'est mon ami qui m'en a parlé [de la PrEP], en fait, mon ami gai. Je n'en avais jamais entendu parler. Et je me souviens de la première fois où il m'en a parlé. Franchement, sans exagérer, j'halluciniais. Honnêtement, qu'il existe en fait des solutions aux problèmes, parce qu'on ne m'a jamais appris qu'il y en avait. Donc, si c'est axé sur les solutions et sur la compassion, je pense que ça aide vraiment les gens. »

Importance de la défense de ses propres droits

Les personnes interrogées ont souligné que, si les systèmes doivent évoluer, les individus ont également besoin d'outils pour composer avec ces systèmes tels qu'ils existent actuellement. Une formation à la défense de ses propres droits, en particulier pour les jeunes, les personnes nouvellement arrivées et les personnes trans, peut aider les gens à se sentir plus à l'aise de poser des questions, de fixer leurs limites et d'exiger un traitement équitable.

« Il faut se prendre en main. Personne ne va le faire pour nous. Il faut se prendre en main. [...] Se prendre en main et défendre ses propres intérêts. »

« Honnêtement, défendez vos intérêts, défendez-les, défendez-les. [...] Ne laissez pas les gens vous persuader de ne pas obtenir les services dont vous avez besoin ou que vous voulez. [...] Ne les laissez pas vous dissuader de vous faire soigner. Oui, ne les laissez pas vous dissuader de prendre soin de vous. »

Pour en savoir plus sur les expériences des personnes interrogées en matière de défense des droits et découvrir leurs conseils aux membres de la communauté, consultez [Réclamer son autonomie : perspectives communautaires](#), un rapport connexe issu de la même étude et propre à cet enjeu précis, rédigé par Oghenetega Ubor, membre du Conseil consultatif communautaire.

L'ensemble de ces recommandations mettent en évidence les changements concrets que les personnes interrogées jugent nécessaires pour améliorer les soins liés à la chlamydia. Elles ont insisté sur l'importance de la dignité, de la sécurité, de la pertinence culturelle et du soutien communautaire, piliers essentiels d'une prise en charge équitable. À partir de ces observations, les personnes participant ont également décrit leur conception idéale du dépistage : une approche accessible, respectueuse et bienveillante. La section suivante décrit ces expériences idéales de dépistage et propose une feuille de route pour des soins de santé sexuelle véritablement adéquats.

Expérience idéale de dépistage

Interrogées sur leur vision idéale des soins liés à la chlamydia, les personnes participant ont soulevé des points qui sont constamment revenus dans tous les entretiens et qui indiquent comment offrir des soins de santé sexuelle accessibles, respectueux et éducatifs. Elles ont réclamé une approche du dépistage dénuée de jugement et accompagnée d'informations claires et d'indications sur les étapes suivantes, le tout dans

un cadre sécuritaire et inclusif. Beaucoup ont souligné la nécessité de veiller au respect de la vie privée et d'offrir des options flexibles, par exemple des centres communautaires de dépistage sans rendez-vous ou la possibilité de prélever soi-même ses échantillons. Elles ont également mentionné l'importance de prodiguer des soins avec bienveillance, sans précipitation, et en tenant compte de l'aspect émotionnel du dépistage. L'un des thèmes récurrents était que le dépistage « idéal » consisterait à normaliser les soins liés aux ITSS en les intégrant aux soins de routine. Il a également été souvent mentionné que la prise en charge devrait être éducative, exempte de stigmatisation, respectueuse et propice à l'autonomisation – plutôt qu'anxiogène ou moralisatrice.

« Ce serait formidable d'avoir des informations à l'avance. Savoir comment se préparer, noter les questions qu'on souhaite poser, y aller et poser toutes ces questions, et se faire expliquer les prochaines étapes au lieu de juste se faire dire : "Attendez vos résultats." Du genre : "Oh, vous allez recevoir un appel. Les résultats pourraient être les suivants. Et s'il s'agit de telle ou telle [ITSS], voici comment on la traite. Super facile. Ne vous inquiétez pas." Et puis, oui, quand on vous annonce que vous allez devoir prendre des antibiotiques, peut-être expliquer un peu plus en détail ce que ça implique. Et oui, juste plus d'informations en général et un peu plus de compassion. »

Discussion

En conclusion, les témoignages des personnes interrogées montrent que les obstacles à l'obtention de soins liés à la chlamydia ne sont ni isolés ni fortuits, mais sont l'expression d'inégalités récurrentes et plus vastement implantées dans l'ensemble des systèmes de santé sexuelle. Ces résultats viennent corroborer ce que l'on sait depuis longtemps, à savoir que les formes croisées d'oppression et de marginalisation ne se manifestent pas dans une seule consultation ou un simple diagnostic; elles façonnent au contraire l'ensemble du système de santé et l'accès aux soins des femmes et des personnes de diverses identités de genre racisées, 2S/LBTQ+ et en situation de handicap. Les personnes interrogées ont fréquemment décrit la manière dont ces manifestations d'oppression s'accumulent au fil du temps et des situations, créant en elles un épuisement émotionnel, de la méfiance envers le système de santé et une crainte permanente de subir des préjudices.

Dans une perspective féministe intersectionnelle, le poids de ces obstacles est particulièrement lourd, car les personnes interrogées se trouvent à la croisée de multiples systèmes d'oppression. Leurs témoignages montrent que la race, le genre, la sexualité et le handicap s'entrecroisent pour limiter l'accès à l'information, à des environnements sécuritaires et à un traitement respectueux. À cause de l'intersection de ces facteurs, ce qui est en jeu lors des consultations en santé sexuelle est encore plus fondamental : un épisode de négligence ou de mégenrage n'est pas qu'une interaction maladroite, mais s'inscrit dans un vaste schéma d'exclusion qui revêt une dimension historique et intergénérationnelle. Les témoignages montrent de manière évidente que le dépistage de la chlamydia devient compliqué, non pas parce que l'intervention elle-même est complexe, mais parce que les systèmes qui l'encadrent n'ont pas été conçus pour les personnes concernées par l'étude.

Ces constats viennent également appuyer les principes de la justice pour les personnes en situation de handicap, selon lesquels l'accessibilité n'est pas un problème individuel, mais une responsabilité collective. Les personnes interrogées ont décrit des procédures peu accessibles, des préjugés déssexualisants et des manquements au principe du consentement qui contribuent à reproduire le capacitisme structurel au sein des systèmes de santé sexuelle. Ces dynamiques portent non seulement atteinte à l'autonomie et à la dignité des personnes en situation de handicap, mais font également manquer des occasions de dépistage précoce, de prévention et, plus globalement, de contribution au bien-être holistique. Lorsque les systèmes de santé échouent à anticiper la diversité des besoins en matière d'accessibilité, ils font peser le fardeau des accommodements sur les personnes qui subissent les préjudices.

De la même manière, les principes holistiques autochtones et communautaires affirment que la santé est relationnelle, c'est-à-dire qu'elle n'est pas seulement physique, mais aussi émotionnelle, culturelle et sociale. Les personnes interrogées ont souligné le rôle essentiel joué par les réseaux de soins communautaires, les matriarches et les Aîné·e·s, la parenté queer et l'éducation par les pair·e·s dans le maintien de leur santé sexuelle, en l'absence de prise en charge formelle fiable. Ces pratiques relationnelles ont permis de pallier la négligence institutionnelle et ont ouvert des espaces propices au rétablissement de la dignité et de la sécurité. Le soutien communautaire n'était pas simplement complémentaire; il venait combler des lacunes majeures laissées par le système de santé et servait souvent de principale source d'informations accessibles en matière de santé sexuelle. Les résultats propres aux expériences des personnes autochtones ayant participé à l'étude sont présentés dans un rapport distinct [accessible en ligne](#).

Tous ces résultats mettent en évidence une série d'occasions manquées de prise en charge. Les prestataires avaient manqué de multiples occasions de rassurer leur patientèle, de lui fournir des informations précises, de lui prodiguer un accompagnement tenant compte des traumatismes, et d'établir une communication fondée sur la sécurité culturelle. Les personnes interrogées avaient dû se débrouiller seules dans le système, assumant elles-mêmes le fardeau émotionnel et pratique résultant de ces défaillances. Ces occasions manquées ont des conséquences tangibles : elles incitent les gens à ne plus se faire dépister, causent des retards dans les traitements et sapent la relation de confiance fondamentale sur laquelle repose la santé publique.

Néanmoins, ces résultats montrent également qu'une véritable transformation est possible. Les entretiens ont fait émerger des manières évidentes de garantir des soins sécuritaires et adéquats, fondés sur l'humilité culturelle, la connaissance des enjeux queers et trans, la prise en compte du handicap et des traumatismes et la relationnalité. La vision idéale du dépistage envisagée par les personnes participant indique la voie à suivre pour parvenir à des soins de santé sexuelle reposant sur la dignité et non le jugement, l'autonomisation et non le contrôle, la guérison et non les préjudices.

En fin de compte, cette étude montre que les soins de santé sexuelle ne peuvent être dissociés des structures de pouvoir qui s'entrecroisent et qui influencent la vie des individus. Pour lutter contre les inégalités en matière de dépistage et de traitement de la chlamydia, il ne suffit pas d'apporter des améliorations techniques; il faut aussi opérer un recentrage vers la justice sociale : des systèmes qui soient à l'écoute, qui respectent les savoirs expérientiels et qui rendent des comptes aux communautés qu'ils sont censés servir.

Limites de l'étude

Si cette étude fournit des informations précieuses sur les expériences des personnes 2S/LBQTQ+ en matière de soins liés à la chlamydia en Ontario, il est important d'en souligner les limites.

Nos conclusions s'appuient sur des entretiens menés auprès de 23 personnes; si les thèmes abordés se dégagent d'expériences réelles et significatives, ils ne correspondent pas nécessairement au vécu de toutes les communautés, ni à tous les points de vue. En particulier, notre échantillon ne comprenait pas de personnes nouvellement arrivées au Canada, de francophones vivant en Ontario, ni de personnes sourdes ou malentendantes, et ce, malgré les efforts que nous avons déployés pour recruter des personnes issues des communautés en question. Nous avons notamment collaboré avec l'équipe d'interprétation d'[Asign](#) pour créer des vidéos de recrutement en Langue des signes américaine (ASL) et en Langue des signes québécoise (LSQ), mais nous n'avons malgré tout pas réussi à entrer en contact avec des personnes issues des communautés sourdes et malentendantes.

De même, la plupart des personnes de l'échantillon vivaient en milieu urbain, surtout dans les grandes villes de l'Ontario. Cela signifie que les personnes vivant en zone rurale ou isolée sont sous-représentées dans l'étude. Nous avons conscience que les gens résidant dans de petites localités ou dans des régions nordiques peuvent se heurter à des obstacles supplémentaires qui leur sont propres lorsqu'ils cherchent à accéder à des soins de santé sexuelle culturellement sécuritaires, validant leur identité de genre et tenant compte des traumatismes. Ces lacunes reflètent les limites de nos propres réseaux et de notre champ d'action et devraient être corrigées dans de futures recherches communautaires.

Tous les entretiens ont été menés sur une plateforme en ligne Zoom, ce qui limitait la possibilité d'établir le type de lien de confiance que permettent parfois les entretiens en personne. Malgré les stratégies mises en place pour favoriser la compréhension et l'accessibilité, il se peut que certaines nuances nous aient échappé, notamment des signaux non verbaux et d'autres aspects des interactions qui s'observent plus facilement dans les espaces physiques partagés. Par ailleurs, la réalisation d'entretiens en ligne a permis d'élargir la portée géographique de l'étude et a donné aux personnes interrogées la possibilité de participer dans des environnements où elles se sentaient en sécurité et à l'aise, par exemple dans leur domicile. Le déroulement en ligne des entretiens a peut-être facilité l'accès de certaines personnes à l'étude, même si la distance physique inhérente au mode virtuel comporte ses propres contraintes.

Pour finir, comme tous les entretiens ont été menés auprès de personnes résidant en Ontario, les témoignages portent uniquement sur les structures de pouvoir, les manifestations d'oppression et les pratiques institutionnelles propres au système de santé de cette région et à leurs effets sur l'accès au dépistage et au traitement de la chlamydia. Ces résultats ne prétendent pas être statistiquement généralisables, mais ils offrent en revanche des observations précieuses sur les forces systémiques à l'œuvre dans les interactions cliniques quotidiennes. Si les recommandations issues de ces travaux répondent à des problèmes structurels existant dans l'ensemble du pays, leur mise en œuvre devra nécessairement être adaptée aux particularités régionales des divers systèmes de santé, politiques et besoins communautaires, qu'il s'agisse du contexte ontarien ou de celui d'autres provinces ou territoires.

Malgré ces limites, la présente étude fournit des données communautaires importantes sur les expériences des femmes et des personnes de diverses identités de genre racisées, 2S/LBTQ+ et en situation de handicap en matière de soins de santé sexuelle en Ontario.

Conclusion

Dans tous les entretiens, les personnes interrogées ont clairement affirmé que les obstacles auxquels elles se heurtaient pour obtenir des soins liés à la chlamydia n'étaient pas propres à cet enjeu de santé précis, mais se répétaient dans de multiples aspects des soins de santé sexuelle en général. Par ailleurs, ces obstacles n'étaient pas seulement dus à des problèmes individuels, mais aussi et surtout à des défaillances systémiques. Lorsque les structures cliniques restaient inaccessibles, discriminatoires ou ignorantes des réalités vécues par les femmes et les personnes de diverses identités de genre racisées, 2S/LBTQ+ et neurodivergentes ou en situation de handicap, elles reproduisaient les préjugés courants et renforçaient la méfiance des communautés concernées, conduisant même certaines personnes à renoncer aux soins médicaux.

Les personnes participant ont raconté que les prestataires avaient manqué de nombreuses occasions de les rassurer, de leur fournir des informations claires, de faire preuve de compassion ou de communiquer selon les principes de la sécurité culturelle; des épisodes qui avaient joué un rôle déterminant dans leur (in)capacité à revenir se faire soigner. Elles faisaient toutefois preuve de résilience en s'informant par elles-mêmes, en se soutenant mutuellement et en continuant à chercher des soins malgré des incidents répétés d'exclusion.

Les résultats de l'étude Nous méritons des soins pour la chlamydia soulignent à la fois l'urgence du changement et sa possibilité. La sécurité culturelle, les pratiques tenant compte des traumatismes et les formations pertinentes sur les questions 2S/LBTQ+ ne sont pas des compléments facultatifs, mais les fondements mêmes d'une prise en charge éthique et efficace. Les personnes bispirituelles et *indigiqueers* ont aussi insisté sur la nécessité d'approches fondées sur le consentement et ancrées dans la culture qui respectent la conception autochtone du bien-être. Tout au long de l'étude, les personnes interrogées ont également décrit leur vision idéale du dépistage et d'une prise en charge adéquate : intégration aux soins de routine, absence de jugement, informations claires, flexibilité, et respect de la vie privée et de la dignité des personnes. Les systèmes de santé doivent aller au-delà de l'inclusion de façade et rendre des comptes aux communautés qu'ils servent. Ils doivent adopter des modèles de prise en charge qui respectent le consentement, l'autonomie et la sécurité émotionnelle.

Ce rapport sert à la fois de témoignage et d'appel à l'action : il invite à tenir compte des savoirs expérientiels (y compris les connaissances transmises par les communautés bispirituelles), à mettre en place des systèmes fondés sur le respect et la justice sociale, et à veiller à ce que chaque personne, peu importe son identité culturelle, sa race, son genre, son orientation sexuelle ou ses capacités, puisse accéder aux soins de santé sexuelle sans peur ni honte. L'avenir de la santé sexuelle – une santé sexuelle équitable – en dépend.

Pour citer ce rapport : « *Nous méritons des soins pour la chlamydia : rapport communautaire* ». Centre de recherche communautaire, https://fr.cbrc.net/nous_meritons_des_soins_pour_la_chlamydia_rapport_communautaire. Consulté le [date].

Photos par **Disabled and Here**



 theCBRC

 @theCBRC

 theCBRC

 @CBRC

 @CBRCtweets

 fr.cbrc.net