

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'EXPÉRIENCE DES FEMMES IMMIGRANTES ET RACISÉES AUPRÈS DES SERVICES
DE SANTÉ SEXUELLE GLOBALE À LAVAL : UNE RECHERCHE PARTENARIALE

THÈSE DE SPÉCIALISATION
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU BACCALAURÉAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
KASANDRA BEAULIEU

SOUS LA SUPERVISION DE
SOPHIE GILBERT

25 AVRIL 2025

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
RÉSUMÉ	4
INTRODUCTION.....	5
PROBLÉMATIQUE	5
PORTRAIT DE L'IMMIGRATION À LAVAL	5
RECENSION DES ÉCRITS.....	6
BARRIÈRES CULTURELLES	6
OBSTACLES ASSOCIÉS À LA LANGUE.....	7
EXPÉRIENCES NÉGATIVES AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT.....	8
CONTEXTE THÉORIQUE	9
APPROCHE TRANSCULTURELLE.....	9
À LA JONCTION DU FÉMINISME ET DE L'INTERSECTIONNALITÉ	10
OBJECTIFS DE RECHERCHE	11
MÉTHODOLOGIE	11
POSTURE	11
DEVIS.....	12
RECRUTEMENT.....	12
PARTICIPANTES.....	13
COLLECTE DE DONNÉES	13
MÉTHODE D'ANALYSE	13
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET RIGUEUR	14
RÉSULTATS	15
VULNÉRABILITÉS COMMUNES.....	16
<i>Absence d'éducation à la santé sexuelle dans l'environnement familial d'origine</i>	<i>16</i>
<i>Menaces à l'intégrité physique et psychologique.....</i>	<i>17</i>
<i>Isolement social.....</i>	<i>19</i>
<i>Des services en santé sexuelle inadaptés aux femmes de la diversité ethnoculturelle.....</i>	<i>21</i>
LES BESOINS DES PARTICIPANTES	22
<i>Des modèles représentatifs de la diversité.....</i>	<i>22</i>
<i>Désir d'être entendue.....</i>	<i>23</i>
DISCUSSION	24
<i>Éducation inclusive à tous.....</i>	<i>26</i>
<i>Formation professionnelle en contexte transculturel.....</i>	<i>27</i>
LIMITES.....	28
CONCLUSION	29
ANNEXE A - CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	30
RÉFÉRENCES	31

Liste des figures

Figure 1. Schéma d'analyse thématique	15
---	----

Remerciements

Je tiens à remercier les participantes de la recherche d'avoir pris le temps de partager leurs expériences de vie : j'ai énormément appris grâce à la richesse et à la profondeur de vos propos.

Je désire aussi souligner l'appui indispensable de Sophie Grouev (assistante de recherche pour l'étude), ainsi que de l'engagement des membres de la Cellule de travail pour la réalisation de ce magnifique projet.

J'aimerais particulièrement remercier ma superviseure, Sophie Gilbert, dont la disponibilité, la patience et la confiance en mes capacités m'ont permis de mener à bien cette thèse et d'en être fière. Je suis grandement reconnaissante de nos rencontres qui furent toujours dans un cadre de chaleur et bienveillance, et qui ont favorisé l'émergence de nombreuses idées enrichissantes.

Et finalement, petite mention spéciale à mes deux collègues Justine Fortier et Valentine Paul avec qui j'ai eu le plaisir de partager cette expérience de thèse. Merci Justine, pour tes réponses à tous mes questionnements et ta douce présence qui a toujours su m'apaiser, même durant cette année intense. Merci, Valentine pour ton énergie contagieuse qui a rendu nos périodes de rédaction si agréables et mémorables.

Résumé

Les femmes issues de la diversité ethnoculturelle sont confrontées à plusieurs enjeux les empêchant de détenir une santé sexuelle satisfaisante. Diverses études canadiennes rapportent des témoignages de femmes immigrantes exposées à des situations de discrimination, de racisme et de xénophobie dans les milieux de soins de santé et services sociaux (Gonin, 2023 ; Machado *et al.*, 2022). Des chocs de valeurs entre intervenant•es, professionnel•les ainsi que les femmes entraîneraient une certaine méfiance et de l'évitement des services en santé reproductive et sexuelle. Dans le cadre d'une recherche partenariale en collaboration avec l'organisme communautaire *Sphère*, l'objectif de cette étude est de mieux comprendre les enjeux rencontrés auprès des femmes lavalloises issues de l'immigration et racisées par rapport à l'accès aux services en santé sexuelle dans la région.

À travers deux entretiens individuels avec les femmes appartenant à la diversité ethnoculturelle et d'une discussion de groupe entre quatre intervenantes, des échanges ont eu lieu sur la représentation de la sexualité et des défis concernant l'accès aux services. L'analyse thématique a permis de mettre en évidence quatre obstacles, soit une absence d'éducation à la sexualité, des situations de menaces à l'intégrité physique et psychologique, de l'isolement social et des services non adaptés. Le besoin de figures de la communauté auprès des services et le désir d'être entendue sont également rapportés. Cette présente étude permet de constater que les valeurs religieuses, culturelles et familiales s'intègrent dans la santé sexuelle de façon complexe et interdépendante. Des pistes de solutions sont proposées pour renforcer le bien-être quant à la sexualité des femmes.

Mots-clés : Marginalisation, femme, Laval, diversité ethnoculturelle, immigration, intersectionnalité

Introduction

Problématique

La sexualité est partie intégrante de la vie de chacun·e d'entre nous, qu'il s'agisse de pensées, fantasmes, désirs, attitudes ou comportements propres à l'expérience humaine (Organisation mondiale de la Santé, 2025). La sexualité plonge l'individu dans un univers de sensualité, de plaisir, d'intimité; chacun devient ainsi acteur d'une multitude d'expériences vécues qui façonnent son rapport à soi et avec les autres. Selon l'OMS (2006a), la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité ». Une santé sexuelle optimale implique que les systèmes sociétaux entourant l'individu partagent des connaissances représentatives sur le sujet, notamment le processus de maturation sexuelle, l'expérience sexuelle, le consentement libre et éclairé, la santé reproductive et les risques liés aux activités sexuelles non protégées (Organisation mondiale de la Santé, 2025). Afin de conserver ce bien-être sexuel, l'individu doit avoir facilement accès à des soins préventifs et curatifs dans les services de santé, ce qui inclut la transmission d'informations par du personnel spécialisé, la consultation gynécologique, le dépistage et le traitement d'infections sexuellement transmissibles (Gonin, 2023). La conception de la sexualité diffère d'une personne à l'autre en raison de valeurs, de croyances ou de valeurs diversifiées. Il est donc essentiel que la société encourage une sexualité sans jugement et dans une ouverture face à ces différences (SPHÈRE Santé Sexuelle Globale, 2020).

Portrait de l'immigration à Laval

En 2021, 23% des Canadiens et Canadiennes étaient issus de l'immigration (Gouvernement du Canada, 2022). Cette même année, 26 % des femmes canadiennes de 15 ans et plus appartenaient à une population racisée et 27 % étaient issues de l'immigration (Gouvernement du Canada, 2023). Selon les projections de Statistique Canada en 2017, les enfants immigrants pourraient représenter entre 39 % et 49 % de la population infantile canadienne d'ici 2036 (Gouvernement du Canada, 2017). L'accroissement d'enfants issus de la première et de la deuxième génération de la diversité ethnoculturelle enrichit l'identité du Québec par l'intégration de nouvelles

valeurs, traditions, croyances et modes de vie. L'île de Montréal représente une ville où une grande majorité de la population immigrante s'établit pour la diversité des opportunités d'emplois (Perspective Grand Montréal, 2019). La région a également mis en place plusieurs ressources pouvant soutenir les communautés immigrantes, telles que des organismes d'intégration pour les nouveaux arrivants et la construction de logements locatifs pour les accueillir (Perspective Grand Montréal, 2019).

Située aux abords de Montréal, la ville de Laval, dont la population avoisine les 443 192 habitants (Gouvernement du Québec, 2024), compte le deuxième plus grand nombre d'immigrants au Québec (Ville de Laval, 2023b). La région de Laval s'est développée avec une pluralité de communautés ethnoculturelles, favorisant le partage et les interactions entre plusieurs cultures distinctes. Cependant, Laval présente des inégalités sociales et matérielles importantes pour sa population immigrante (Ville de Laval, 2023a). Celle-ci fait face à un taux de chômage plus élevé que la moyenne, à des revenus faibles, à des barrières linguistiques et à de la discrimination systémique (Ville de Laval, 2023a). Quarante-trois pour cent de la communauté immigrante vit dans les districts de Chomedey, Laval-des-Rapides et Pont-Viau, qui représentent des secteurs comportant une pauvreté significative dans la ville de Laval (Ville de Laval, 2023a). Les femmes immigrantes lavalloises représentent une population vulnérable à la précarité financière ainsi qu'à des difficultés d'intégration sociale, ce qui ne manque pas d'affecter leur santé sexuelle globale (Bigaouette, 2015)

Recension des écrits

Barrières culturelles

Les femmes issues de la diversité ethnoculturelle¹ sont confrontées à plusieurs enjeux qui se posent à l'encontre d'une santé sexuelle satisfaisante. En particulier, plusieurs valeurs et normes associées à la culture, la famille, le patriarcat et

¹Dans le cadre de cette étude, les membres issues de la diversité ethnoculturelle correspondent aux individus immigrants de première et deuxième génération, nés à l'extérieur du Canada ou ayant des parents immigrants. S'y retrouvent également les personnes racisées qui n'ont pas la couleur de peau blanche et qui peuvent être désignées comme minorités visibles.

l'hétéronormativité jouent un rôle majeur dans la perception et les comportements liés à la sexualité de ces femmes (Ussher *et al.*, 2017). Dans diverses communautés ethnoculturelles, l'acte sexuel est perçu comme un sujet tabou. Cette prohibition limite la conscientisation des femmes quant à l'éducation sexuelle et favorise des sentiments de gêne, de honte et d'incompréhension concernant ce sujet (Ussher *et al.*, 2017). Le silence relatif à la sexualité peut alimenter la méconnaissance de phénomènes pourtant naturels tels les menstruations, la fertilité et la reproduction. En 2017, une étude qualitative a été réalisée auprès de 169 femmes (provenant de pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud) ayant immigré dans les villes de Sydney et Vancouver, à propos de leur perception de la santé sexuelle et reproductive (Metusela *et al.*, 2017). En complément, l'expérience de la sexualité (*sexual embodiment*) a été étudiée auprès de cette même population (Metusela *et al.*, 2017). Plusieurs constats ressortent de ces études. Lors des entrevues individuelles et des groupes de discussion, plusieurs exprimaient n'avoir aucune connaissance des premières règles ou de leurs fonctions (Metusela *et al.*, 2017). De plus, l'absence d'information quant à l'utilisation de lubrifiants ou la prévention des infections urinaires priverait plusieurs femmes de relations intimes vécues dans le plaisir (Metusela *et al.*, 2017). Par ailleurs, les valeurs patriarcales et les normes genrées brimeraient la communication avec les partenaires : l'inconfort ou les réticences relatives aux rapports sexuels, de même que la prévention des infections sexuellement transmissibles ne sauraient être abordés (Metusela *et al.*, 2017). Plusieurs femmes canadiennes issues de la diversité ethnoculturelle craindraient que les méthodes contraceptives puissent affecter leur fertilité et occasionner des problèmes sanguins pour la femme et le bébé (Ussher *et al.*, 2017). De même, le dépistage du cancer du col de l'utérus (test PAP) et la vaccination contre le papillomavirus humain (VPH) peuvent être considérés par certaines comme des entraves à la préservation de la virginité (Metusela *et al.*, 2017). Ces conceptions représenteraient une cause importante de la sous-utilisation des services en santé sexuelle par des femmes immigrantes et réfugiées (Ussher *et al.*, 2017).

Obstacles associés à la langue

Diverses études canadiennes démontrent le peu de disponibilité des services d'interprètes dans les établissements de soins de santé et les organismes communautaires,

les services n'étant offerts que dans les deux langues officielles (Castro-Zavala, 2020 ; Metusela *et al.*, 2017). Cette réalité favorise l'isolement et l'exclusion des femmes immigrantes en divers lieux, notamment en maisons d'hébergement (Castro-Zavala, 2020). D'autre part, l'incompréhension de certains termes, tels que ceux désignant les organes génitaux, nuit à la compréhension de la santé sexuelle et reproductive des femmes (Rukh-E-Qamar *et al.*, 2024). Plus largement, la barrière linguistique freine l'acquisition de notions relatives à la sexualité, ce qui met en évidence le besoin d'interprètes pour accompagner les femmes issues de l'immigration. Cependant, la plupart de ces services sont coûteux et sont peu subventionnés notamment en contexte communautaire (Castro-Zavala, 2020). Les longs délais d'attente afin d'avoir accès à un interprète entravent le processus de recherche de soutien et de soins par les femmes immigrantes. Si l'enfant, le conjoint ou un membre de la communauté ethnoculturelle peut assumer ce rôle, reste que cet accompagnement engendre des problèmes sur le plan de la confidentialité, et alimente le risque que certaines traductions s'avèrent inadéquates et précipitées (Castro-Zavala, 2020 ; Machado *et al.*, 2022 ; Ochoa et Sampalis, 2014). Les enjeux liés à la langue amènent donc les femmes à éviter de rechercher de l'aide auprès des services de santé et briment leur autonomie quant au maintien de leur santé sexuelle (Castro-Zavala, 2020 ; Ochoa et Sampalis, 2014).

Expériences négatives avec le personnel soignant

Les femmes faisant partie de la diversité culturelle sont fortement exposées à des situations de discrimination, de racisme et de xénophobie dans les milieux de soins de santé et services sociaux (Gonin, 2023 ; Machado *et al.*, 2022). Une méta-analyse sur les inégalités concernant la santé sexuelle et reproductive des femmes immigrantes au Canada relève de nombreux témoignages reflétant de mauvais traitements de la part des spécialistes en soins périnataux, en soins contraceptifs, en dépistage d'ITSS et auprès des services d'interventions en violence conjugale (Machado *et al.*, 2022). Les femmes issues de l'immigration rapportent avoir reçu des traitements différents, voire inadéquats et incomplets (Machado *et al.*, 2022). Celles-ci déplorent des consultations de courte durée, avec peu d'écoute et de la froideur du personnel de la santé (Gonin, 2023 ; Machado *et al.*, 2022). D'autres femmes rapportent que la méconnaissance des valeurs, des croyances

et traditions culturelles crée beaucoup de stigmatisation par les professionnel·les de la santé. Certain·es professionnel·les de santé manifesteraient une intolérance particulière à l'égard de requêtes venant des femmes immigrantes, dont la demande d'être traitées par des femmes professionnelles (Machado *et al.*, 2022 ; Metusela *et al.*, 2017). Cette préférence compliquerait la tâche des institutions de santé dès lors que les femmes immigrantes seraient considérées comme une clientèle exigeante (Machado *et al.*, 2022). Le choc des valeurs entre les intervenant·es et les professionnel·les de d'une part, et les femmes issues de la diversité ethnoculturelle d'autre part, entraînerait de la méfiance, de l'évitement des services, et provoquerait encore plus de confusion face au système de soins de santé et aux ressources communautaires accessibles en matière de santé sexuelle (Agence de la santé publique du Canada, 2015 ; Gonin, 2023). En outre, certain·es intervenant·es et professionnel·les admettent détenir des connaissances limitées sur la conception de la santé par les individus issus des communautés ethnoculturelles ainsi qu'une absence de formation sur l'intervention auprès de ceux-ci (Chbat *et al.*, 2014 ; Gonin, 2023 ; Machado *et al.*, 2022). Il semble que les connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive se moulent à l'expérience des femmes occidentales, et ce, sans représentation des femmes de la diversité ethnoculturelle.

Contexte théorique

Approche transculturelle

La présente étude explore comment des femmes lavalloises immigrantes et racisées se représentent la santé sexuelle. Elle se base sur un point de vue transculturel, lequel tient compte de l'interaction entre les cultures et de la transformation culturelle induite par celle-ci (Beired et Luis, 2019). L'approche transculturelle met de l'avant la reconnaissance de l'hétérogénéité des réalités de l'expérience humaine. Ce faisant, la coexistence de différents groupes ethniques module le développement de la communauté et un minimum de curiosité est nécessaire afin de mieux comprendre le vécu d'autrui (Cohen-Émérique, 2007). Plus précisément, selon cette approche, la décentration est privilégiée; il s'agit dès lors de reconnaître sa propre identité à travers ses expériences de vie, valeurs et présupposés, afin de soutenir l'ouverture à l'altérité (Cohen-Émérique,

2007). En tant qu'observateurs externes, les chercheurs sont amenés à s'interroger sur leurs opinions, leurs principes ou les systèmes à la source des privilèges et des oppressions (Cohen-Émérique, 2007). La décentration permet ainsi de prendre du recul par rapport à soi, et de créer un espace pour accueillir les individus dans leur diversité. Dans cette optique, des regroupements tels que la Table régionale en immigration, diversité culturelle et inclusion de Laval favorisent la participation des personnes issues de l'immigration aux décisions concernant le développement de la ville (Ville de Laval, 2024). De plus, certains comités constituent des espaces de partage d'opinions et d'idées pour faire de Laval une ville inclusive à la diversité culturelle (Ville de Laval, 2024). C'est dans une même visée, transculturelle, que cette étude donne la parole à des femmes lavalloises racisées et issues de l'immigration, afin de recueillir leurs expériences singulières et situées en matière de santé sexuelle.

À la jonction du féminisme et de l'intersectionnalité

Un positionnement féministe intersectionnel est adopté à travers cette recherche afin de promouvoir une vision holistique et réflexive du vécu (Corbeil et Marchand, 2006). Entre 1967 et 1980, l'intersectionnalité s'est développée à partir d'une vague de dénonciations à l'égard des mouvements féministes qui étaient fondés selon l'image de la femme « blanche » et occidentale, ignorant dès lors l'intrication entre les enjeux de racisme et de sexisme (Cole, 2009 ; Corbeil et Marchand, 2006). De ce fait, l'intersectionnalité prend en compte l'interaction dynamique et relationnelle inhérente aux rapports sociaux inégalitaires (Corbeil et Marchand, 2006). Cette approche considère que l'individu recèle plusieurs identités caractérisées par la classe sociale, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique ou la religion; ainsi, de multiples appartenances sociales, favorisant ou contraignant l'individu, se construisent conjointement (Corbeil et Marchand, 2006 ; Else-Quest et Hyde, 2016). Plus précisément, l'intersectionnalité met en évidence les rapports de domination et d'oppression dans la société, en lien avec le statut social, l'orientation sexuelle, la couleur de peau, la religion, les normes patriarcales ou sociétales. Malgré sa pertinence, l'approche intersectionnelle est encore peu appliquée par les intervenant·es et les soignant·es (Castro-Zavala, 2020 ; Chbat *et al.*, 2014). Ceci justifie son inclusion dans la présente recherche, en lien avec l'éclairage qu'elle autorise

sur l'accès à des soins de santé sexuelle inclusifs et adaptés aux femmes issues de l'immigration et racisées.

Objectifs de recherche

La présente étude s'intéresse à l'expérience par les femmes immigrantes et racisées des services liés à la santé sexuelle globale dans la ville de Laval. Plus précisément, nous nous demandons : quels sont les enjeux rencontrés auprès par les femmes lavalloises issues de l'immigration et racisées concernant l'accès aux services en santé sexuelle? Pour répondre à la question, cette étude a pour objectif de comprendre : 1) la représentation qu'ont les femmes lavalloises racisées et issues de la diversité ethnoculturelle de la santé sexuelle; 2) les obstacles à leur santé sexuelle ; 3) leurs besoins en matière de santé sexuelle, afin d'améliorer la qualité des services offerts à ce titre dans la région de Laval.

Méthodologie

Posture

Cette étude qualitative exploratoire repose sur un paradigme constructiviste, lequel fait place aux points de vue subjectifs des principales intéressées. En explorant les récits personnels des femmes et les connaissances pratiques des intervenant•es du milieu, les réalités à la fois multiples et singulières des femmes lavalloises issues de la diversité ethnoculturelle, relatives à la santé sexuelle globale, seront mises à jour. La co-construction, au sein des entretiens de recherche, des réalités des femmes et des intervenant•es permettra de fonder une vision plus détaillée et représentative de la situation à l'étude (Ponterotto, 2005). Considérant l'unicité de chaque individu, il est pertinent d'adopter une perspective émique idiographique, autrement dit, d'explorer l'expérience singulière des participant•es relative à leur trajectoire de vie (Ponterotto, 2005). En outre, cette recherche devrait permettre d'envisager certaines modalités permettant aux femmes issues de communautés ethnoculturelles d'accéder à un plus grand pouvoir d'agir quant à leur sexualité.

Devis

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la recherche partenariale en cours dirigée par Sophie Gilbert et Sylvie Lévesque (professeures à l'UQAM) en collaboration avec l'organisme communautaire Sphère, et une Cellule de travail visant la création de services en santé sexuelle globale à Laval. Œuvrant depuis plus de 20 ans à Laval, Sphère a pour but de promouvoir une santé sexuelle globale (SPHÈRE Santé Sexuelle Globale, 2020). L'organisme offre des services tels que la prévention et le dépistage des ITSS avec un·e infirmier·ère, des ateliers d'éducation à la sexualité, des rencontres individuelles avec un·e intervenant·e et la distribution de matériels de protection, d'injection et d'inhalation gratuits (SPHÈRE, 2020). Sphère détient un espace de socialisation pour les membres de la communauté 2SLBTQIA+ et des groupes de soutien dédiés aux individus de la diversité de genres (SPHÈRE, 2020). Créée en 2022, la Cellule de travail réunit des intervenantes de Sphère santé sexuelle globale, de la Table de concertation de Laval en condition féminine (TCLCF), de la Table de concertation en violence conjugale et agressions à caractère sexuel de Laval (TCVCASL), du CISSS de Laval (CISSL) et de la Ville de Laval – Division du développement social (PRDS, 2024). C'est dans une perspective intersectorielle que les membres de la Cellule souhaitent répondre aux besoins des populations en situation de vulnérabilité en matière de santé sexuelle globale dans la région (PRDS, 2024).

Recrutement

L'été dernier, une cartographie des organismes de Laval susceptibles de travailler auprès de populations « vulnérabilisées » a été réalisée. Les partenaires du terrain ont sollicité plusieurs de ceux-ci afin de recruter des intervenant·es et des femmes potentiellement intéressé·es par la recherche. Un webinaire a également été effectué dans le but de communiquer des informations sur la recherche et favoriser le recrutement. Un montant de 50\$ a été offert aux participant·es des entretiens individuels pour compenser le temps consacré à la recherche et les possibles frais de déplacement, alors que les participant·es aux entretiens de groupe y prenaient part pendant leurs heures de travail rémunérées.

Participantes

Pour la présente étude, les critères d'inclusions pour les entretiens individuels étaient : 1) s'identifier comme femme ; 2) avoir 18 ans et plus ; 3) appartenir à une communauté ethnoculturelle et/ou être racisée ; 4) parler français ou anglais. Deux femmes ont été recrutées. Pour les entretiens de groupe menés auprès d'intervenantes, les critères d'inclusions étaient : 1) avoir 18 ans et plus ; 2) avoir été confronté·e à l'impossibilité à répondre aux besoins en santé sexuelle et globale de personnes usagères des services ; 3) parler français ou anglais. Seule le premier entretien, composé de 4 participantes, a été utilisé pour cette recherche, considérant les contraintes de temps; les vulnérabilités associées aux personnes issues de la diversité ethnoculturelle en matière de santé sexuelle globale y ont été largement abordées.

Collecte de données

Trois entrevues semi-structurées ont été réalisées dans les locaux d'organismes partenaires : deux entretiens individuels d'une durée d'une heure à une heure et demie avec les femmes de la diversité ethnoculturelle, et un entretien de groupe d'une durée d'environ 2h30 auprès des 4 intervenantes. Les entretiens ont été effectués dans des locaux appartenant aux organismes impliqués à Laval. Un entretien individuel a exceptionnellement été réalisé en vidéoconférence. Les sujets explorés auprès des femmes étaient les besoins, les défis et les services idéaux concernant la SSG compte tenu des spécificités de leur origine ethnoculturelle et de leur trajectoire migratoire. L'entretien de groupe a exploré la conception de la SSG, les limites des services offerts aux personnes vulnérabilisées, des suggestions quant à l'amélioration de la santé sexuelle de la population et la conception de l'offre idéale et inclusive en matière de santé sexuelle globale. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement.

Méthode d'analyse

Une analyse thématique a été réalisée. Ce procédé inductif consiste à récolter l'ensemble des éléments significatifs soulevés par les participants et de les relier afin de constituer un arbre thématique reflétant les différentes facettes du phénomène (Paillé et

Mucchielli, 2021). En effectuant la relecture des verbatim ainsi qu'en analysant en profondeur les propos des participantes, les éléments saillants relatifs aux objectifs de cette étude ont été relevés (Paillé et Mucchielli, 2021). À l'aide du processus de réduction des données, des thèmes et des sous-thèmes ont été créés afin de répondre aux questions de recherche (Paillé et Mucchielli, 2021).

Considérations éthiques et rigueur

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH). Le principal enjeu éthique concernait les modalités relatives au respect de l'anonymat et de la confidentialité des participantes notamment lors de l'entretien de groupe; les participantes se sont donc engagées à ne pas divulguer les propos échangés lors de celui-ci et l'identité de leurs collègues. Pour préserver l'anonymat des participantes aux entretiens individuels, des pseudonymes ont été utilisés et les informations pouvant permettre d'identifier les femmes, les intervenantes et les organismes associés ont été omises ou transformées. Toutes les participantes ont signé un formulaire de consentement et accepté les modalités des entretiens avant d'amorcer ceux-ci. À la suite des entretiens, une période de temps était octroyée afin que les participantes puissent partager leurs ressentis et au besoin, être référées à un organisme répondant à un besoin particulier, ce qui n'a pas été le cas.

La présente recherche répond au critère de sincérité tel que défini par Tracy (2010). En effet, c'est à partir de l'écoute attentive de l'expérience vécue des intervenantes et des femmes participantes, que notre compréhension des différentes facettes de l'accès aux services relatifs à la santé sexuelle globale à Laval a pu être affinée. Plusieurs participantes ayant des parcours de vie et des perspectives uniques ont été sollicitées et entendues. Du reste, ce dévoilement de soi a pu s'avérer un exercice difficile; toutefois, un espace inclusif et des rapports égalitaires ont été maintenus avec les participantes, dans un climat teinté d'empathie, d'honnêteté et d'ouverture (Tracy, 2010). En ce qui a trait à la réflexivité, la tenue d'un journal de bord a permis d'alimenter la réflexion relative à l'objet de recherche, afin de discerner nos propres enjeux de ceux rapportés par les participantes. Plus encore, des rencontres régulières avec la direction de

recherche et les autres membres de l'équipe de recherche auront permis de consolider la crédibilité des résultats obtenus, de par l'obtention d'un consensus sur ceux-ci (Tracy, 2010).

Résultats

L'analyse thématique des propos des femmes et des intervenantes a permis de mettre en évidence leur représentation de la santé sexuelle, quatre vulnérabilités communes relatives à leur ethnicité et deux principaux besoins liés à leur bien-être sexuel arrimés à des propositions de services adaptés (Voir figure 1). Les deux participantes aux entretiens individuels partagent en partie une culture similaire arabo-musulmane. Jasmine est une jeune adulte homosexuelle immigrante de 2^e génération avec des parents originaires d'Asie de l'Ouest. Nadia est une mère de famille nord-africaine qui a immigré au Canada au début de sa vingtaine.

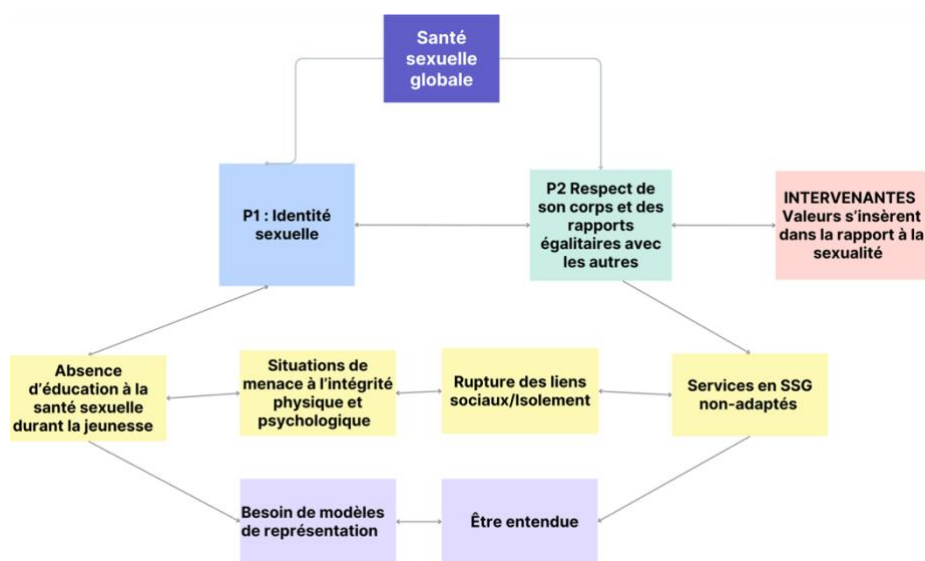


Figure 1. résultats de l'analyse thématique

Vision de la santé sexuelle des participantes

L'identité sexuelle de Jasmine est au cœur de ses questionnements sur sa santé sexuelle. Celle-ci relate plusieurs situations associées à son orientation sexuelle, notamment ses tentatives de *coming-out*, ses relations amoureuses, les rapports sexuels avec sa partenaire et la représentation *queer* dans son environnement. Nadia exprime principalement l'importance d'être à l'écoute de son corps et de respecter ses limites lors des relations sexuelles avec son conjoint. Elle prône une relation sécuritaire et équitable avec celui-ci.

Quant aux intervenantes, elles relient globalement la santé sexuelle au lien physique, émotionnelle et psychologique avec le corps. Selon elles, la santé sexuelle se développe au fil de plusieurs événements se déroulant de l'enfance jusqu'à la fin de la vie. En lien avec la population à l'étude, les intervenantes mentionnent la présence de codes sociaux et culturels qui influencent la perception de la sexualité.

Vulnérabilités communes

Absence d'éducation à la santé sexuelle dans l'environnement familial d'origine

Les deux participantes ont grandi dans un environnement familial où la sexualité était perçue comme un sujet tabou. Jasmine rapporte qu'elle a été élevée dans une famille pratiquante où il y avait peu d'ouverture pour parler de santé sexuelle, même à l'adolescence; elle aurait aimé recevoir la « fameuse conversation ». Jasmine explique que ses parents avaient reçu une éducation limitée sur la sexualité, ce qui a influencé l'absence de partage d'informations à ce sujet. De plus, il n'était pas possible pour celle-ci de chercher du soutien auprès de ses parents lorsqu'elle vivait des conflits avec sa copine notamment en raison de son homosexualité qui n'était pas acceptée par la mère, en référence à ses valeurs religieuses. Dans l'espace familial de Jasmine, la sexualité est un aspect qui doit rester tu.

De surcroît, Nadia précise que la sexualité est intriquée avec la notion de *Haram* (les interdits), soit des actions et des éléments qui constituent des péchés et sont prohibés en référence à l'Islam. Par exemple, la consommation de viande de porc et d'alcool est considérée *Haram*, de même que la sexualité, d'où l'impossibilité d'en discuter avec des

amies ou des membres de la famille, en particulier avant le mariage. Elle ne pouvait s'associer à des personnes qui parlaient ouvertement de ce sujet. En ce sens, elle devait dissimuler ses menstruations : « Je les cache [serviettes menstruelles], je les lave à la toilette, je les cache sous le lit. Ça, c'est la sexualité [...] Tu ne peux pas leur dire [parents] pour qu'ils ne sachent pas que tu as tes règles ». La sexualité était perçue comme honteuse et taboue.

Ces propos résonnent avec les témoignages des intervenantes. Selon celles-ci, certains parents sont inconfortables face à l'éducation sexuelle de leurs enfants. Elles conçoivent une continuité entre les générations, dès lors que les parents n'ont pas reçu d'éducation sexuelle. D'autre part, selon les intervenantes, l'apprentissage de la sexualité serait influencé par la culture. L'une d'elles exprime que chaque famille a une culture propre avec un système de valeurs et de normes rattachées.

Toujours selon les intervenantes, la transmission d'une éducation à la sexualité dépendrait en partie du cadre culturel dans le milieu familial. Certaines familles sont ouvertes à engager la conversation sur des sujets liés à la santé sexuelle alors que pour d'autres milieux familiaux avec un héritage culturel distinct, le dialogue est inexistant. Les intervenantes proposent ainsi la création d'espaces où les jeunes pourraient exprimer leurs questionnements et obtenir des réponses reliées à la sexualité.

Menaces à l'intégrité physique et psychologique

Les participantes ont fait part de circonstances nuisant à leur santé sexuelle sur les plans physique et psychique. Pour Jasmine, le manque d'informations spécifiques concernant la sexualité homosexuelle à l'adolescence l'a mise à risque quant à sa santé physique. Parlant de ses premières relations sexuelles, Jasmine relate : « *T'sais I was aware, mais je pense que les dangers de ça, ils sont pas assez clairs. I would just go head in, dans des relations pis je pensais pas à ce qui est protection pis toute ça, mais j'ai réalisé après.* ». Elle a donc exploré sa sexualité avec peu de connaissances relatives aux conséquences de rapports sexuels non-protégés entre deux femmes.

Elle a également vécu de l'hostilité envers les membres de la communauté LGBTQIA+ au sein de son école secondaire, dont une situation où des garçons ont agressé un élève homosexuel, ce qui l'a rendue méfiante. À la fin de son secondaire, elle se sentait honteuse de démontrer son affection envers sa copine. Cette jeune adulte dépeint cette situation comme de « l'homophobie intériorisée » : « Quand elle m'embrassait, *I was making sure no one was around*. Si elle me tenait la main, *I was making sure no one was around* comme je me sentais pas *safe* ». L'intolérance à l'égard de la diversité sexuelle et de genre dans son milieu secondaire l'a amenée à incorporer des attitudes négatives face à son identité et son orientation sexuelle. La crainte a longuement occupée son esprit. À la fin de son parcours secondaire, Jasmine a tenté d'affirmer son identité malgré les insultes de ses camarades de classe. « Pour eux [collègues de classe] la sexualité c'est comme : « Non, c'est *haram*, ça se fait pas ! Tu vas aller en enfer ! » [...] T'sais la sexualité c'est pas supposée être être *any-everybody's business*. *My sexuality is my business*. » C'est avec frustration que Jasmine formule qu'il était impossible pour elle d'intégrer pleinement son orientation sexuelle ainsi que sa foi religieuse. Sa sexualité fut contrôlée par la regard négatif des pairs.

Pour sa part, Nadia a ignoré en quoi consistait un rapport sexuel jusqu'au jour de son mariage. Celle-ci exprime qu'elle a engagé sa première relation sexuelle « à l'aveugle ». Ses premières relations sexuelles furent sans plaisir : « Parce qu'avant moi, je fais plusieurs fois avec mon mari, mais j'ai aucun plaisir, ça m'épuise ». Pour elle, l'activité sexuelle était dépourvue de satisfaction, sans baiser, sans prémisse avant la pénétration. Pendant longtemps, elle devait être disponible pour son partenaire puisqu'on lui avait fait valoir que le plaisir sexuel masculin était la norme. Elle exprime : « Donc comme femme immigrante, moi on a une culture comme quoi tu appartiens à ton mari ». Une relation inégalitaire s'est donc créée entre Nadia et son mari. Ses besoins et désirs n'étaient pas considérés pendant l'acte sexuel et elle se sentait constamment dans l'obligation de donner son corps. Elle rapporte que son mari avait des comportements méprisants et parfois violents.

Parallèlement, selon les intervenantes rencontrées, plusieurs femmes immigrantes ont vécu des violences obstétricales et gynécologiques. Elles soulèvent le fait que plusieurs femmes qu'elles ont côtoyées étaient surtout reconnaissantes d'avoir accès à des traitements médicaux. Cependant, les soins prodigués étaient inférieurs aux standards habituels et ils étaient de mauvaise qualité. Les intervenantes relèvent l'enjeu de profilage racial en milieu hospitalier qui peuvent compromettre les interventions médicales. Elles abordent également les barrières langagières entravant pour les professionnel·es la possibilité d'offrir des services empreints d'écoute et de respect de l'intégrité. Les problèmes de communication pourraient mener à des traitements inappropriés, parfois même infantilisans auprès des femmes immigrantes.

Isolement social

Les caractéristiques associées aux valeurs religieuses, culturelles et au parcours migratoire ont fragilisé les liens entre les participantes et leurs proches. La mère de Jasmine s'opposait autrefois à son orientation sexuelle en raison de croyances religieuses; l'homosexualité évoquant le danger, voire l'enfer aux yeux de sa mère. Menacée de devoir quitter le nid familial, Jasmine a d'abord caché son orientation sexuelle. Elle a dès lors développé une « double personnalité » pendant plusieurs années afin de préserver la qualité des liens avec sa famille.

Pis quand ça se fait apprendre, [son identité sexuelle], c'est comme ruiné pour tout le monde. Moi quand ça s'est fait apprendre, qu'est-ce que ça l'a faite, c'est que ça l'a brisé le lien de confiance avec ma famille, parce que pour ma mère genre ça fait depuis, je le sais que je suis en train de mentir à ma famille. (Jasmine)

Toutefois, elle se sentait déloyale d'une part, envers son identité déniée et d'autre part, envers sa famille, d'où son récent *coming-out*. En raison de différends concernant la sexualité, la participante a finalement quitté la maison où elle vivait également avec des membres de sa famille élargie, pour vivre dans une coopérative. Jasmine a reçu du soutien de ses ami·es ainsi que de l'aide d'intervenant·es de l'organisme qu'elle

fréquente. Cela dit, la distanciation avec sa famille de qui elle était proche auparavant, et le passage forcé vers une mode de vie autonome a été difficile.

Pour Nadia, l'isolement post parcours migratoire apparaît une composante importante de l'atteinte à sa santé sexuelle. Après s'être installée au Canada avec son conjoint, elle a d'abord connu des grossesses difficiles accompagnées de fausses couches, de diabète, de dépressivité, le tout avec peu de soutien. La majorité de son entourage habitant toujours dans son pays d'origine, la maternité de Nadia fut vécue de manière indépendante, en l'absence des membres de la famille : « Par moi-même, il n'y pas de famille. J'ai accouché, j'ai appris tout, toute seule et tout ». La séparation familiale résultant du contexte post-migratoire a empêché Nadia d'obtenir l'accompagnement nécessaire lors des épreuves difficiles de sa grossesse et de recevoir du soutien affectif. De même, à la suite de la situation de violence conjugale, Nadia s'est retrouvée dans l'incapacité de se confier à sa famille face à la situation. Dans son milieu familial, discuter de conflits conjugaux ne pouvaient être envisagé. De même, le manque de liens d'amitié significatifs avec les membres de la mosquée l'empêchait de chercher du soutien auprès de la communauté musulmane. Son isolement apparaît évident, en lien avec la question des policiers : « Est-ce que tu connais un endroit pour aller ? J'ai dit non. » Toutefois, Nadia a pu partager son expérience au sein d'un groupe de femmes d'un organisme communautaire. Cependant la perte d'un entourage stable et actif dans le quotidien de cette dernière aura fragilisé sa santé sexuelle.

Selon la perspective des intervenantes, les femmes issues de la diversité ethnoculturelle sont considérées comme des personnes autonomes. En particulier, les femmes immigrantes ne vont pas d'emblée rechercher de l'aide dans les ressources d'accueil, afin de ne « [...] pas être perçu•es par la société comme étant quelqu'un qui a besoin d'aide ». Les intervenantes rapportent que les femmes immigrantes ont beaucoup de préoccupations notamment financières et familiales; ce faisant, leur santé sexuelle ne serait pas la priorité.

Des services en santé sexuelle inadaptés aux femmes de la diversité ethnoculturelle

Selon l'expérience des deux participantes, les services en santé sexuelle globale offerts par la ville ne rejoignent pas entièrement leurs besoins. À l'école secondaire de Jasmine, l'apprentissage de la sexualité hétérosexuelle était priorisé et l'éducation à la sexualité homosexuelle manquait. Par exemple, Jasmine évoque le manque d'accessibilité à des préservatifs féminins : « y'avait tout le temps des condoms, mais pas de condoms pour tout le monde ». La participante a eu besoin de faire preuve de créativité et d'effectuer plus d'efforts afin d'avoir accès à des ressources correspondant à son identité sexuelle. Parlant de l'absence d'accès aux condoms féminins : « Moi j'avais appris après que tu pouvais utiliser comme un ciseau stérile pour couper un condom normal, mais comme c'est pas supposé, *it's not supposed to be that hard* ». Le manque de visibilité et de disponibilités des ressources en santé sexuelle dans la ville de Laval contribuerait à une forme de marginalisation empêchant les femmes de maintenir une santé sexuelle satisfaisante. Jasmine soulève, de plus, l'absence de personnes issues à la fois de la diversité ethnoculturelle et de la diversité de genre, qui auraient pu la sensibiliser à une sexualité qui la représente. Durant l'exploration de la sexualité à l'adolescence, la présence de personnes faisant partie de la diversité ethnoculturelle et *queer* aurait permis de diminuer le stress et la honte liés à son identité de femme homosexuelle racisée.

Aux yeux de Nadia, les femmes musulmanes et arabes seraient réticentes à l'idée de fréquenter les services en santé sexuelle globale tel que proposés par l'organisme SPHÈRE puisqu'ils sont considérés *Haram*. Selon elles, ces services pourraient les inciter à adopter des comportements interdits par l'Islam telle que les relations sexuelles avant le mariage. De plus, Nadia soulève que l'apprentissage de l'utilisation du tampon à l'école de ses filles n'est pas conforme à ses valeurs religieuses, puisque cela contrevient à sa notion de la virginité.

Mais nous c'est des filles vierges musulmanes, c'est tu vois, c'est fermé encore. C'est vierge. Alors pour la fille par exemple, moi j'explique à ma fille « Ça tu parles pas de ça ! » [...] Et puis c'est fermé, ça peut qu'il essaye de mettre ça.

Au niveau des services psychologiques, le témoignage de Nadia apparaît comme un possible cas de figure d'ethnocentrisme. En effet, dans un contexte de thérapie de couple, le psychologue aurait proposé : « Pour vous, c'est mieux de ne pas avoir des enfants, il faut, il faut divorcer ». Nadia s'est sentie jugée, et non respectée dans son pouvoir d'agir et ses valeurs, puisque le divorce est une option de dernier recours (par exemple, dans le cas d'agressions sexuelles) dans sa culture.

Les intervenantes relèvent également un « gros *clash* de valeurs » avec certaines femmes issues de la diversité ethnoculturelle. Certaines situations peuvent s'avérer déstabilisantes, lorsque les points de vue s'avèrent particulièrement divergeants, comme c'est le cas dans une situation rapportée par une participante du groupe.

C'était un peu de la coercition sexuelle dans le fond, parce qu'elle a expliqué en termes de « Ben mon mari avait des besoins, et pis, il a fallu que je réponde à ses besoins là, parce que sinon c'est la cata.

Dans de tels cas, les intervenantes sont amenées à reconsidérer leurs propres valeurs, afin de trouver une façon d'accompagner les femmes dans le respect de leur culture. De plus, le contexte de soutiens de groupe peut s'avérer moins pertinent, du fait de la diversité des valeurs et croyances, d'où l'idée de « créer un hasard pour aller prendre cette maman-là à part, pis t'sais peut-être lui proposer du soutien individuel ou quelque chose comme ça ».

Les besoins des participantes

Des modèles représentatifs de la diversité

Les deux participantes ont souligné l'importance d'avoir des figures représentatives de leur identité au sein des services en santé sexuelle globale. En ce sens Jasmine relate combien un•e intervenant•e queer lui a enfin permis d'accéder à des connaissances et des ressources pour mieux évoluer dans sa sexualité de manière sécuritaire. En revanche, il demeure difficile de trouver de tels modèles auxquels s'identifier, tel que lui a confirmé une amie également issue de l'immigration. Cette

dernière a fait son *coming-out* devant Jasmine et s'est confiée : « [...] Première chose qu'elle [amie] m'a dit c'était que : C'était tellement difficile pour moi de comprendre si je l'étais, parce que je connais personne qui a vécu, genre y'a personne qui a parcouru le même parcours que moi ». En effet, dans certaines communautés ethnoculturelles, l'intégration par les jeunes de leur identité de genre et de leur orientation sexuelle serait complexifiée par le manque de modèles appartenant à la communauté LGBTQIA+. De façon générale, la présence de professionnel•es ayant des parcours similaires à celui des femmes issues de l'immigration permettraient à celles-ci d'atténuer la solitude ressentie face à la singularité de leur situation.

Selon Nadia, des intervenant•es appartenant à la communauté musulmane ou arabe – malheureusement peu nombreuses – représenteraient des figures de confiance. Plus précisément, le partage d'une même identité culturelle et religieuse contribuerait à motiver les membres de la diversité ethnoculturelle à fréquenter les services en santé sexuelle globale. Du reste, dans l'organisme communautaire qu'elle fréquente, elle a pu bénéficier de rencontres de groupe incluant quelques femmes partageant ses croyances pour apprendre notamment ce qu'est le consentement, comment reconnaître la qualité d'un rapport sexuel et comment être plus attentive aux besoins de son propre corps. Les femmes semblent avoir pu créer un espace sécuritaire pour s'exprimer librement sur la sexualité et se soutenir entre elles dans les difficultés liées à leur bien-être sexuel : « Mais ici [au centre] on avait le courage. Parce que même quand tu parles, tu t'exprimes, tu deviens quelqu'un de fort et puis quelqu'un qui a confiance en soi et tout ».

Désir d'être entendue

Les témoignages des femmes évoquent des moments dans le passé où elles auraient aimé que des figures de soutien prêtent une oreille attentive à leurs besoins. Pendant une grande partie de sa jeunesse, Jasmine a gardé secrète son homosexualité de crainte de se faire rejeter par ses proches. Elle n'a donc jamais bénéficié de support pour l'accompagner dans l'exploration de la sexualité jusqu'à l'âge adulte, lorsqu'elle a enfin rencontré un•e intervenant•e à laquelle elle pouvait s'identifier. Elle aurait aimé avoir

cette figure de soutien à un plus jeune âge afin de l'encourager et de l'accompagner dans des moments angoissants, tels son *coming-out* à ses parents.

Le parcours de Nadia illustre également l'absence de soutien social et le peu de possibilité de se confier sur des enjeux liés à sa santé sexuelle. Dans les premiers temps de sa vie conjugale, il n'était pas possible pour elle de communiquer ses besoins relatifs à la sexualité. Au près des professionnel•les, elle ne s'est pas sentie entendue quant à ses expériences singulières, son ressenti et ses opinions liées à la santé sexuelle, dans le respect de sa culture. Ce n'est que récemment qu'elle a pu discuter de la sexualité et rompre le tabou associé. Aujourd'hui, Nadia apprécie les moments où la sexualité est abordée et où les différents enjeux liés aux sujets sont discutés.

Même si des choses vulgaires ou des choses que tu as fait, tu ne devrais pas le faire, tu le dis. Mais on est dans un centre, on sait qu'on a la liberté de dire, de s'exprimer comme on veut.

Elle encourage aussi les femmes de la communauté musulmane et arabe à prendre part aux discussions et à approfondir leurs réflexions sur la santé sexuelle.

Discussion

Cette étude visait à explorer le parcours des femmes immigrantes et racisées concernant les services liés à la santé sexuelle globale dans la ville de Laval. Ce faisant, les représentations de la santé sexuelle, les obstacles reliés ainsi que les besoins permettant d'améliorer la qualité des soins et le bien-être quant à leur rapport à la sexualité ont été élaborés. Selon les récits de vie des femmes et les expériences des intervenantes, il semble que les valeurs culturelles et religieuses puissent entraver la santé sexuelle des femmes. Pour les deux femmes rencontrées, le système de valeurs et de croyances au sein de leur famille respective a d'abord teinté leurs perceptions vis-à-vis la sexualité et la trajectoire d'exploration de leur santé. La sexualité aurait d'abord été envisagée comme un sujet tabou. Les deux participantes ont donc grandi avec une absence d'éducation à la sexualité, d'où plusieurs vulnérabilités dans leurs parcours, telles des relations sexuelles à risque et des relations conflictuelles avec le partenaire. Les

témoignages des participantes résonnent avec les précédentes études mettant en lumière le silence relatif à l'éducation sexuelle chez des femmes issues des communautés ethnoculturelles ainsi que les conséquences de celui-ci (Metusela *et al.*, 2017 ; Ussher *et al.*, 2017).

Tel que souligné par les intervenantes, les femmes font face à plusieurs défis associés au processus migratoire qui peuvent les empêcher de prioriser leur santé sexuelle. Les intervenantes mentionnent leur difficulté à soutenir adéquatement les femmes appartenant à la diversité ethnoculturelle en raison des valeurs distinctes et de la complexité des expériences vécues. Leurs propos concordent avec la mention du conflit de valeurs entre intervenant•es, professionnel•les et femmes issues de la diversité ethnoculturelle dans le système de soins de santé canadien, et en particulier en matière de santé sexuelle (Agence de la santé publique du Canada, 2015 ; Gonin, 2023). Les situations de violence obstétricales et gynécologiques rapportées par les intervenantes font également écho aux diverses études sur les mauvais traitements à l'égard des femmes issues de l'immigration et racisées (Gonin, 2023 ; Machado *et al.*, 2022). Jusqu'à présent, peu de recherche sur le racisme médical ont été produites au Québec (Ghلامallah, 2023). Tels que rapportés dans nos résultats, le profilage racial et les traitements infantilisants auprès des individus allophones représentent des réalités qui toucheraient une grande partie des membres des communautés ethnoculturelles. En Europe, « le syndrome méditerranéen » constitue une problématique où le personnel du secteur hospitalier percevrait certains propos comme des plaintes excessives de la part des minorités venant des régions de l'Afrique Nord et de la Méditerranée (Ghلامallah, 2023 ; Lambert *et al.*, 2022). Ce préjugé racial contribuerait à la minimisation des symptômes des individus ainsi qu'une prise en charge inadéquate de la souffrance (Ghلامallah, 2023). Les mauvais traitements à l'égard des femmes issues de la diversité ethnoculturelle pourraient davantage augmenter l'évitement des services en santé sexuelle globale – évitement également relevé par différentes participantes.

Le parcours migratoire entraîne plusieurs difficultés où les individus se retrouvent dans un pays d'accueil avec peu de repères, une perte du soutien social et la confrontation

à un nouveau système de valeurs. Tel que mentionné dans diverses recherches, la sexualité est considérée taboue et honteuse dans plusieurs communautés ethnoculturelles (Ussher *et al.*, 2017). Certaines femmes appartenant à la diversité ethnoculturelle, telles les deux participantes aux entretiens individuels, seraient ouvertes à l'idée d'obtenir des ressources quant à l'amélioration de leur santé sexuelle; toutefois, nos résultats montrent que plusieurs normes culturelles et religieuses engendreraient surtout une forme de réticence quant à la fréquentation des services en santé sexuelle globale.

Par ailleurs, l'intrication de plusieurs dimensions identitaires, telles la diversité de genre et l'identité ethnoculturelle, semble propice à la marginalisation, voire la vulnérabilisation de certaines femmes. Dans la présente étude, le croisement du positionnement religieux, de l'identité raciale et de l'orientation sexuelle aura complexifié la trajectoires des participantes, les fragilisant sur les plans physiques et psychologiques. Les normes patriarcales inhérentes à leur culture s'insèreraient également dans la modulation des comportements relatifs à la sexualité. En fait, il apparait que les femmes lavalloises racisées ou issues de l'immigration aient de la difficulté à obtenir du soutien, tant auprès de leur communauté d'accueil, qu'auprès de leur communauté d'origine. Cette double minorisation renforcerait l'isolement de celles-ci.

Éducation inclusive à tous

Les témoignages des femmes et des intervenantes mettent en évidence le besoin de concevoir une éducation à la sexualité qui touche l'ensemble de la population, et ce, avant l'âge adulte. Considérant que les deux femmes issues de la diversité ethnoculturelle ne pouvaient poser des questions sur la sexualité auprès des parents, ni trouver des réponses auprès des établissements scolaires, il pourrait être pertinent que les services en santé sexuelle soient davantage visibles et accessibles dans les écoles secondaires afin de soutenir les jeunes dans l'exploration de leur santé sexuelle. Plus encore, leurs témoignages soulignent l'importance d'offrir des renseignements et du matériel représentatifs des besoins en santé sexuelle des membres de la communauté LGBTQIA+, et respectueux de la diversité ethnoculturelle. En outre, il semble que les parents

devraient aussi être ciblés : partager de l'information sur la santé sexuelle auprès de ceux-ci pourrait favoriser une plus grande ouverture face à ce sujet, et briser la résistance quant à l'apprentissage d'une saine sexualité à leurs enfants.

Afin de rejoindre les femmes issues de la diversité ethnoculturelle, il pourrait s'avérer bénéfique de déployer des services intégrant une perspective plus large de la sexualité, non limitée au rapport sexuel, incluant par exemple le cycle menstruel, les stéréotypes sexuels et la promotion de relations saines et harmonieuses. Pour que ces femmes désirent fréquenter les services, il semble nécessaire, toutefois, qu'elles puissent se reconnaître non seulement entre femmes partageant une culture similaire, mais également dans les intervenantes impliquées.

Formation professionnelle en contexte transculturel

Du reste, l'introduction d'intervenant·es partageant des caractéristiques identitaires communes, quoique favorable à l'expression par les femmes issues de la diversité ethnoculturelle de leurs vécus et besoins, ne saurait constituer la seule voie à envisager pour une intervention plus inclusive. Effectivement, une telle représentation dans le secteur de la santé sexuelle demeure difficile à réaliser en raison des diverses vulnérabilités des minorités ethnoculturelles.

Puisque ces femmes sont confrontées à plusieurs obstacles à l'atteinte d'une santé sexuelle optimale, il apparaît nécessaire de proposer des formations professionnelles relatives au contexte transculturel. Le parcours migratoire entraîne de nombreux changements sur les plans identitaire, social, linguistique et culturel, d'où l'importance de se familiariser, en tant qu'intervenant·e et professionnel·le, avec ces enjeux. Ces formations gagneraient à être arrimées aux différentes communautés présentes sur le territoire lavallois.

Cependant, au-delà de ces connaissances générales, les propos des intervenantes rencontrées relèvent l'importance de s'attarder à l'histoire personnelle de chaque femme et, avant tout, de l'écouter. S'il convient de reconnaître comment certaines oppressions

systémiques peuvent affecter les femmes issues de la diversité ethnoculturelle et de décoloniser les savoirs, reste qu'il demeure nécessaire de considérer chaque femme comme experte de son vécu et de soutenir son pouvoir d'agir quant à sa sexualité.

Limites

Malgré la richesse des récits des femmes et des intervenantes rencontrées, ces résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des personnes racisées et issues de la diversité ethnoculturelle. En ce sens, les participantes rencontrées nous auront surtout informée sur la communauté musulmane et maghrébine. De plus, solliciter les femmes et les organismes appartenant à des communautés ethnoculturelles s'est avéré difficile. Cet enjeu met en évidence la distance entre les femmes et les services liés à la santé sexuelle globale dans la région de Laval. Ce constat renforce l'importance de bien adapter les ressources à la population afin de diminuer le fossé entre la culture majoritaire et les communautés minorisées. D'autre part, l'exigence linguistique de maîtriser le français ou l'anglais afin de participer à la recherche a freiné la possibilité de s'entretenir avec de nouvelles arrivantes dans la région. Tel que mentionné dans les récentes études ainsi que par les intervenantes, la barrière linguistique représente une difficulté importante dans l'accès aux soins en santé sexuelle et peut contribuer l'offre de traitements inadéquats de la part des spécialistes (Castro-Zavala, 2020 ; Ochoa et Sampalis, 2014 ; Ville de Laval, 2023a), en l'absence d'interprètes dans les milieux cliniques et communautaires. De futures recherches nécessiteraient d'inclure des femmes appartenant à d'autres communautés culturelles, afin de comprendre si leur expérience en matière de santé sexuelle est similaire ou différente, incluant leur rapport aux services en santé sexuelle.

Conclusion

La santé sexuelle d'un individu est modulée selon plusieurs éléments, tels que la relation avec son corps, son rapport avec les autres, les valeurs culturelles, l'influence familiale et les structures sociétales. Les femmes appartenant à une communauté ethnoculturelle dans la région de Laval sont confrontées à plusieurs défis les empêchant d'accéder à des ressources propres à soutenir leur santé sexuelle. En vue d'améliorer le bien-être sexuel des femmes, les professionnel•les de la santé et les intervenant•es doivent consacrer du temps à connaître l'histoire personnelle des femmes, et les soutenir selon la spécificité de leurs besoins. Il est important que les services soient en mesure de connaître et cibler les vulnérabilités des personnes issues de la diversité ethnoculturelle. Afin de briser la distance entre les services en santé sexuelle globale et les minorités ethnoculturelles, l'implication de ressources (intervenant.es, soignant.es) issues de l'immigration ou racisées permettrait aux femmes d'être soutenues de façon plus pertinente et en premier lieu, de soutenir leur confiance. Cette proposition demeure toutefois complexe puisque ces populations se retrouvent trop souvent elles-mêmes vulnérabilisées. Il relève finalement de la responsabilité de chacun•e de faire preuve d'ouverture afin de favoriser l'échange entre les cultures. La mobilisation contre l'intolérance envers les groupes opprimés, dont les femmes, les communautés ethnoculturelles ainsi que les personnes de la diversité sexuelle et de genre est nécessaire pour diminuer ces inégalités sociales de santé. La santé sexuelle traverse l'existence de toutes, et les femmes de la diversité ethnoculturelle devraient avoir accès à un soutien et à de l'accompagnement à chaque étape de leur vie.

Annexe A - Certificat d'approbation éthique



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

No. de certificat : 2025-7413

Date : 17 décembre 2024

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Sophie Gilbert

Unité de rattachement : Psychologie

Titre du protocole de recherche : Vers le développement de services en santé sexuelle globale à Laval : analyse des besoins de populations vulnérabilisées

Source de financement (le cas échéant) : UQAM

Équipe de recherche

Cochercheurs et partenaires : Sylvie Lévesque; Maude St-Germain; Danielle Fourmier; Gendron Justine; Ève-Marie Lampron

Étudiants et auxiliaires de recherche: Kasandra Beaulieu; Sophia Grouev; Kasandra Beaulieu

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiqués rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiqué au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **17 décembre 2025**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Yanick Farmer, Ph.D.

Professeur, Département de communication sociale et publique

Président du CIEREH

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2015, novembre). *COUP D'ŒIL : PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG CHEZ LES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES*. Ministre de la Santé. https://publications.gc.ca/site/archivee-archived.html?url=https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP40-148-2015-fra.pdf
- Beired, B. et Luis, J. (2019). Fernando Ortiz and the Transatlantic Exchange Network. *Transatlantic Cultures*. <https://transatlantic-cultures.org/en/catalog/fernando-ortiz>
- Bigaouette, M. (2015). *Portrait des femmes en situation de vulnérabilité à Laval*. Table de concertation de Laval en condition féminine. <http://numerique.banq.qc.ca/>
- Castro-Zavala, S. (2020). Bigaouette, Mylène, Portrait des femmes en situation de vulnérabilité à Laval, Laval, Table de concertation de Laval en condition féminine, 2015, 1 ressource en ligne, Collections de BAnQ. *Canadian Social Work Review*, 37(1), 141-161. <https://doi.org/10.7202/1069986ar>
- Chbat, M., Damant, D. et Flynn, C. (2014). Analyse intersectionnelle de l'oppression de mères racisées en contexte de violence conjugale. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 97-110. <https://doi.org/10.7202/1029264ar>
- Cohen-Émérique, M. (2007). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-91. <https://doi.org/10.7202/032248ar>
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170-180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Corbeil, C. et Marchand, I. (2006). Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle : défis et enjeux. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 40-57. <https://doi.org/10.7202/014784ar>
- Else-Quest, N. M. et Hyde, J. S. (2016). Intersectionality in Quantitative Psychological Research: II. Methods and Techniques. *Psychology of Women Quarterly*, 40(3), 319-336. <https://doi.org/10.1177/0361684316647953>
- Ghلامallah, W. (2023, 26 mars). *Discrimination médicale: une nouvelle formation afin de sensibiliser et prévenir*. Webinaire formation sur la discrimination médicale. https://www.observatoiredesprofilages.ca/aiovg_videos/discrimination-medicale-une-nouvelle-formation-afin-de-sensibiliser-et-prevenir/
- Gonin, A. (2023). *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec - Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes*

- ayant eu un parcours migratoire.
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4641068>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2017, 25 octobre). *Recensement en bref: Les enfants issus de l'immigration : un pont entre les cultures*.
<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016015/98-200-x2016015-fra.cfm>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2022, 9 février). *Tableau de profil, Profil du recensement, Recensement de la population de 2021*.
<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2023, 22 septembre). *Mois de l'histoire des femmes... en chiffres*. Statistique Canada. <https://www.statcan.gc.ca/fr/quotidien/en-chiffres/mois-histoire-femmes>
- Gouvernement du Québec. (2024). *Laval (région 13)*. Gouvernement du Québec.
<https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/geographie-territoire/regions-administratives/laval>
- Lambert, M., Lachal, J., Mansouri, M., Radjack, R. et Moro, M.-R. (2022). Syndrome méditerranéen et monde médical français, un préjugé raciste encore actif. Un parallèle avec l'article sur le « syndrome nord-africain » de Frantz Fanon. *La Revue de Médecine Interne*, 43(7), 399-401.
<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2022.04.020>
- Machado, S., Wiedmeyer, M., Watt, S., Servin, A. E. et Goldenberg, S. (2022). Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008–2018). *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(1), 256-299.
<https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w>
- Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J. et Monteiro, M. (2017). “In My Culture, We Don’t Know Anything About That”: Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 836-845. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3>
- Ochoa, S. C. et Sampalis, J. (2014). Risk perception and vulnerability to STIs and HIV/AIDS among immigrant Latin-American women in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 16(4), 412-425. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.884632>
- Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Santé sexuelle*. OMS.
<https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Cinquième édition). Armand Colin. [1 ressource en ligne (490 pages) : illustrations.]. <https://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782200631314>
- Perspective Grand Montréal. (2019, 10 mai). Perspective Grand Montréal No38. *L'immigration Internationale : Principal facteur d'accroissement démographique dans le Grand Montréal*. <https://observatoire.cmm.qc.ca/perspective-grand-montreal-no38/>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- PRDS. Projet de santé communautaire en santé sexuelle globale. <https://prdslaval.ca/wp-content/uploads/2024/07/Sante-communautaire-1.pdf> 2024.
- Rukh-E-Qamar, H., Kakish, I., Dumitrache, A.-M., Khan, R., Yang, C. C., Phung, N., Aiyer, H. P., Al-Leswas, S., Erdogan, Y., Ranade, R., Djigo, M. et Kholina, K. (2024). « It's not just some cookie cutter that you have to fit into »: A qualitative study of immigrant women and girls' needs, experiences, and barriers to sexual and reproductive health education in Canada. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 33(2), 292-302.
- SPHÈRE. (2020). *Services*. <https://www.spheressg.org/index.php/services>
- SPHÈRE Santé Sexuelle Globale. (2020). *À propos*. SPHÈRE. <https://www.spheressg.org/index.php/a-propos>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight ``Big-Tent'' Criteria for Excellent Qualitative Research. *QUALITATIVE INQUIRY*, 16(10), 837-851.
- Ussher, J. M., Perz, J., Metusela, C., Hawkey, A. J., Morrow, M., Narchal, R. et Estoesta, J. (2017). Negotiating Discourses of Shame, Secrecy, and Silence: Migrant and Refugee Women's Experiences of Sexual Embodiment. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 1901-1921. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0898-9>
- Ville de Laval. (2023a, 21 juin). *Consultation publique pour l'élaboration du 4e plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. https://au-panier.com/wp-content/uploads/2024/02/Memoire_Ville-de-Laval_Alliance_4e-plan-daction.pdf
- Ville de Laval. (2023b, 10 août). *Cadre de référence en immigration et diversité ethnoculturelle*. <https://www.laval.ca/Pages/Fr/Nouvelles/plan-action-2023-2028-cadre-referance-immigration-diversite-ethnoculturelle.aspx>
- Ville de Laval. (2024). *Instances de concertation et mobilisation des partenaires*. <https://www.laval.ca/Pages/Fr/A-propos/instances-de-concertation.aspx>

