

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DÉVELOPPEMENT, ANIMATION ET ÉVALUATION D'UN ATELIER DE
SENSIBILISATION FAVORISANT L'APPROCHE INCLUSIVE CONCERNANT
LA SANTÉ SEXUELLE DES FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES
AVEC DES FEMMES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

JOE DUCHARME

MARS 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

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

REMERCIEMENTS

Ce projet de mémoire est né d'une épiphanie floue et d'une discussion informelle avec l'incroyable Philippe-Benoit Côté qui, je ne le savais pas à ce moment, deviendrait mon mentor dans cette épopée. Il a embarqué à pieds joints, toujours prêt à m'appuyer, à m'écouter et à me conseiller. Il a fait preuve de bienveillance, de générosité et il a su challenger mes réflexions, et ce, sans me décourager; quel art! Merci à l'homme derrière le chercheur exceptionnel que tu es. J'ai aussi une douce pensée pour cette grande dame, Line Chamberland, qui nous a permis de constituer un trio d'enfer; sain, épanouissant et constructif. Je pense avoir appris à la vitesse grand V avec elle, en la côtoyant et en lisant ses commentaires toujours si justes. Merci de vos judicieux conseils et de m'avoir accordé autant de votre précieux temps. Que je suis choyée !

Je tiens à remercier chaleureusement le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, particulièrement Marie-Ève Brunelle et les personnes en or derrière les directions de programme de la Direction des services professionnels, qui m'a accueillie les bras ouverts. Donner autant de temps, d'importance et de disponibilité, voire de moyens, à un projet universitaire, c'est une situation inespérée. Je tiens aussi à remercier les participant.e.s de ce projet de mémoire qui ont non seulement pris part à l'atelier de sensibilisation, mais qui ont aussi rempli deux questionnaires avec beaucoup de générosité. Vous constituez le fondement de ce projet, si précieux à mes yeux, et je vous serai éternellement reconnaissante. Merci au CREMIS, au Conseil québécois LGBT et à l'Institut Santé et Société pour vos bourses qui m'ont donné des ailes !

Pour le développement de l'atelier de sensibilisation, je me suis entourée de Suzie Bordeleau et de Gabriel Girard pour former le comité consultatif. Ces personnes si

inspirantes ont été d'une grande générosité à mon égard et ont nourri mon envie de changer le monde. Au plaisir de vous revoir pour la suite, chères personnes alliées! Ensuite, la mise en page de l'atelier et du mémoire ainsi que le soutien informatique associé au questionnaire n°2 ont été effectués par mon amie Chantal Paques. Sans elle, mon atelier n'aurait pas eu autant de gueule et je n'aurais pas eu assez de patience pour venir à bout du logiciel Lime Survey. Oups! Merci de savoir tout bidouiller, en toute tranquillité. Aussi, ce que vous vous apprêtez à lire n'aurait pas été de cette qualité sans les commentaires constructifs de Maude Lecompte. Merci de tout ce que tu m'apportes dans autant de sphères de ma vie, chère amie! Merci à Marie Geoffroy pour la traduction de mon résumé. Tu es loin, ou je suis loin, c'est selon la perspective, mais c'est bon de te savoir proche de mon projet. Mélanie Aubé, amie de pousse-pousse, qui est toujours aussi présente pour moi, même pour corriger les nombreuses pages de ce mémoire, t'es ma famille choisie, merci d'exister. Une chance qu'on s'a (J-P Ferland)!

En parlant de Ferland, je ne pourrais passer sous silence celle avec qui je partage ma vie depuis le tout début de mon mémoire. Merci pour tous ces remue-ménages et d'avoir su mettre des mots sur des idées éparpillées. Merci pour ton soutien et ton amour pendant ce périple. Merci d'être ma fan n°1 et d'être... impartiale. Je t'aime.

En parlant d'impartialité, merci, maman, d'avoir toujours été là, peu importe la situation. Tu es définitivement la meilleure des mamans du monde et c'est grâce à toi que je suis ici aujourd'hui. Mes grands-parents, mon oncle alias ma marraine, ma sœur; merci d'avoir suivi mon projet et de m'avoir encouragée. Merci à Éloïse, Marie-Soleil, Sarah, Mélina, Alexandra, Geneviève et Milaine pour votre amour et votre intérêt. Finalement, je ne sais pas où mes idées vont me mener, mais, indépendamment des embûches, toutes les personnes qui me connaissent savent que quand j'ai une idée dans la tête, je ne l'ai pas dans... les pieds! Hahaha! Je tiens clairement ça de toi, papi...

DÉDICACE

« Pourtant, le silence envoie le message puissant qu'une réalité n'est pas digne d'être nommée. » (Brown, 1996, dans Bastien Charlebois, 2011, p.135)

« Je pensais déjà être sensibilisée aux enjeux de discrimination vécus par les FARSAF, mais après l'atelier, j'ai réalisé plus consciemment que mes questions étaient parfois empreintes d'hétéronormativité ! Le remarquer ainsi m'a permis de modifier mes comportements pour les rendre plus inclusifs. » (n°1)

« Nous sommes le système, changeons le système ! »
(New Amsterdam, traduction libre)

AVANT-PROPOS

La rédaction de ce mémoire fait appel à des formulations neutres et inclusives (p. ex. personnes usagères et professionnel.le.s) ainsi qu'à des doublets (p. ex. elles et ils).

Dans la section « Résultats » de ce mémoire, les réponses des professionnel.le.s ayant participé à l'atelier de sensibilisation ont été positionnées en retrait du texte afin de les mettre en valeur.

Le matériel pédagogique développé dans le cadre du projet est inaccessible dans ce mémoire pour des raisons de respect de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	iv
AVANT-PROPOS	v
TABLE DES MATIÈRES	vi
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xi
RÉSUMÉ	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	3
CHAPITRE II ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	7
2.1 Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : les enjeux définitionnels des nomenclatures	7
2.1.1 Différentes dimensions pour qualifier les FARSAF : l’auto- identification, l’attirance sexuelle et les comportements sexuels.....	8
2.1.2 Différents termes mobilisés pour désigner les femmes de la diversité sexuelle	9
2.1.3 Le choix du terme employé dans le cadre de ce mémoire : les FARSAF à l’étude.....	11
2.2 Une prise en charge déficiente de la santé sexuelle des FARSAF	12
2.2.1 Des représentations hétéronormatives qui engendrent des difficultés de santé sexuelle chez les FARSAF	13
2.2.2 Les barrières d’accès aux services de santé sexuelle chez les FARSAF	15
2.2.3 Les attentes et les recommandations des FARSAF sur les services en santé sexuelle.....	16
2.3 Vers une approche inclusive en santé sexuelle pour les FARSAF.....	18

2.3.1	Caractéristiques et avantages d'une approche inclusive en santé sexuelle	18
2.3.2	La formation sur l'approche inclusive des professionnel.le.s de la santé : la grande oubliée du RSSS.....	19
CHAPITRE III CADRE CONCEPTUEL		21
3.1	Le concept de santé sexuelle : les droits sexuels.....	21
3.2	Le concept de fluidité sexuelle chez les femmes	23
3.3	Le concept de l'approche inclusive comme stratégie d'éducation à la sexualité.....	25
3.3.1	L'évolution des approches d'éducation à la sexualité au Québec.....	25
3.3.2	Les caractéristiques de l'approche inclusive en contexte de soins de santé sexuelle.....	27
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE		29
4.1	La planification de programmes de sensibilisation et de promotion de la santé comme démarche méthodologique.....	29
4.2	Le développement de l'atelier de sensibilisation : un processus collaboratif.....	30
4.2.1	L'analyse des besoins : une recension des écrits sur la gestion de la santé sexuelle des FARSAF et de l'approche des professionnel.le.s dans le réseau de la santé et des services sociaux	30
4.2.2	La matrice d'objectifs et la sélection des dimensions théoriques	33
4.2.3	Le processus de construction de l'atelier de sensibilisation par la mise en place d'un comité consultatif.....	36
4.3	L'animation de l'atelier de sensibilisation : une démarche soutenue par le milieu	39
4.3.1	Les personnes ciblées par l'atelier de sensibilisation : des professionnel.le.s de la santé du CCSMTL.....	39
4.4	L'évaluation de l'atelier de sensibilisation : une démarche qualitative.....	41
4.4.1	Le processus de collecte de données	42
4.4.2	Les caractéristiques des professionnel.le.s évalué.e.s.....	43
4.4.3	L'analyse des données	45
4.5	Les considérations éthiques	46
CHAPITRE V RÉSULTATS.....		48
5.1	Des connaissances préalablement acquises concernant la fluidité sexuelle et l'approche inclusive.....	48

5.1.1	Même si la fluidité sexuelle est déjà connue, cette notion est jugée utile pour la mise en place d'une approche sensible à la diversité sexuelle	49
5.1.2	De façon générale, les participant.e.s faisaient déjà preuve d'ouverture, d'intérêt et de non-jugement à l'égard de la fluidité sexuelle des FARSAF.....	50
5.1.3	Des participant.e.s jugent avoir une approche inclusive avant de participer à l'atelier de sensibilisation	52
5.2	L'atelier renforce une approche inclusive dans la pratique professionnelle des participant.e.s	53
5.2.1	Un atelier qui fait réfléchir sur la façon d'évaluer la santé sexuelle des FARSAF.....	54
5.2.2	Un atelier qui renforce l'importance d'une posture d'ouverture et qui encourage la mise en place d'une approche inclusive dans la pratique professionnelle.....	55
5.2.3	Un atelier qui améliore les connaissances des participant.e.s quant aux réalités des FARSAF et à la fluidité sexuelle.....	56
5.2.4	Un atelier qui favoriserait l'intégration d'une approche inclusive dans les milieux de soins par l'échange avec d'autres participant.e.s sensibilisé.e.s.....	57
5.2.5	Pour certain.e.s participant.e.s, leur pratique professionnelle n'a pas été modifiée par l'atelier en raison d'une sensibilisation préalable à l'approche inclusive ou pour des raisons contextuelles.....	58
5.3	La majorité des participant.e.s a une appréciation globalement positive de l'atelier.....	59
5.3.1	Une appréciation positive de l'animation, du format et des activités de l'atelier : un matériel pertinent pour leur pratique professionnelle	59
5.3.2	La totalité des participant.e.s recommande cet atelier de sensibilisation à leurs collègues du réseau de la santé et des services sociaux.....	62
5.4	Des défis sont rencontrés lors de la mise en pratique des acquis et des suggestions sont amenées pour l'amélioration de l'atelier.	63
5.4.1	La majorité des participant.e.s soulèvent certains défis rencontrés lors de la mise en application des acquis dans leurs interventions	63
5.4.2	Des suggestions pour améliorer l'atelier de sensibilisation et le questionnaire	65
CHAPITRE VI DISCUSSION		68
6.1	Les forces et les limites de l'atelier de sensibilisation.....	68
6.1.1	Les forces de l'atelier de sensibilisation	68
6.1.2	Les limites de l'atelier de sensibilisation	75

6.2 Suggestions pour l'atelier de sensibilisation.....	78
6.3 Limites et contributions de l'étude.....	80
6.3.1 Limites de l'étude.....	80
6.3.2 Contributions de l'étude.....	82
CONCLUSION.....	84
ANNEXE A MATRICE DES OBJECTIFS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ATELIER DE SENSIBILISATION.....	86
ANNEXE B FICHE DE RECRUTEMENT.....	92
ANNEXE C A-QUESTIONNAIRE POST ATELIER N°1 CONNAISSANCES ET SATISFACTION	94
ANNEXE D B-QUESTIONNAIRE POST ATELIER N°2 BREF RÉCAPITULATIF ET EFFETS PERÇUS	100
ANNEXE E CERTIFICAT ÉTHIQUE CÉR-DIS DU CCSMTL	106
ANNEXE F CERTIFICAT ÉTHIQUE CERPÉ FSH.....	107
ANNEXE G FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ COMITÉ CONSULTATIF.....	108
ANNEXE H FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	110
APPENDICE A APPROCHE DE SCHWARZER (2016) DU PROCESSUS D'ACTION EN SANTÉ.....	115
APPENDICE B MODÈLE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS DE TRIANDIS (1977).....	116
RÉFÉRENCES.....	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
4.1 Synthèse des besoins et attentes identifiés par les FARSAF envers les professionnel.le.s de la santé sexuelle	33
4.2 Caractéristiques des activités de l'atelier de sensibilisation	38
4.3 Caractéristiques de l'échantillon (N=11).....	44

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CCSMTL	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CÉR-DIS	Comité éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique
CERPÉ FSH	Comité éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM
COVID-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
FARSAF	Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes
FSF	Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
ITS(S)	Infection transmissible sexuellement (et par le sang)
IC	Intervention ciblée
LGBTQ+	Lesbienne, gai.e, bisexuel.le, trans, queer et autres personnes de la diversité sexuelle et des genres
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux du Québec
UQAM	Université du Québec à Montréal
WSW	Woman/women who have sex with women

RÉSUMÉ

Au sein du réseau de la santé et des services sociaux, les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FARSAF) constituent une minorité invisible en raison des politiques institutionnelles empreintes d'hétérosexisme et d'hétéronormativité. Dans ce contexte, il est recommandé de développer des stratégies de formation auprès des professionnel.le.s de la santé afin de les sensibiliser au vécu sexuel des FARSAF et à leurs barrières à l'accès aux services de santé sexuelle. Comme il n'existe pas de ce type de formations au Québec, ce mémoire a comme objectif général de concevoir un outil de sensibilisation à ces enjeux s'adressant aux professionnel.le.s de la santé du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et proposant l'adoption d'une approche inclusive en ce qui concerne la santé sexuelle des FARSAF. Pour ce faire, ce mémoire s'articule en trois volets, soit le développement, l'animation et l'évaluation d'un atelier de sensibilisation. L'atelier a été présenté auprès de deux groupes de professionnel.le.s de la santé et des services sociaux, pour un total de onze participant.e.s entre février et mars 2020. L'atelier a ensuite été évalué auprès de ces participant.e.s à l'aide de deux questionnaires qualitatifs : l'un sur la satisfaction et l'autre sur les effets perçus sur leur pratique professionnelle. Les analyses des questionnaires qualitatifs ont permis d'identifier quatre principaux constats concernant l'évaluation de cet atelier : 1) certain.e.s participant.e.s possèdent des connaissances préalablement acquises concernant la fluidité sexuelle et l'approche inclusive; 2) l'atelier renforce une approche inclusive dans la pratique professionnelle des participant.e.s; 3) la majorité des participant.e.s formule une appréciation globalement positive de l'atelier; 4) des défis sont rencontrés lors de la mise en pratique des acquis et des suggestions sont amenées pour l'amélioration de l'atelier. Au final, cet atelier illustre l'importance de former les professionnel.le.s de la santé pour favoriser l'adoption d'une posture d'ouverture et d'accueil afin d'encourager les FARSAF à s'exprimer librement sur leur santé sexuelle.

Mots clés : approche inclusive, FARSAF, FSF, lesbienne*, bisexuelle*, formation, santé sexuelle

ABSTRACT

Given institutional policies imbued with heterosexism and heteronormativity, women who have sex with women (WSW) comprise invisible minorities in health and social services systems. In this context, the development of training strategies for health care practitioners is recommended to ensure a better understanding and awareness of WSW's sexual experiences and of the barriers they face in accessing sexual health care services. Since such training does not currently exist in Quebec, this master's thesis's main objective is to design an awareness-building tool aimed at health care professionals at the CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal and proposing the adoption of an inclusive approach to the sexual health of WSW. To that end, this thesis consists of three components: development, animation, and evaluation of an awareness-building workshop. The workshop was followed by two groups of health and social services practitioners, for a total of 11 participants, between February and March 2020. The workshop was then evaluated by these participants with two qualitative questionnaires: one on satisfaction and one on their perceived effects on their professional practice. Analysis of the qualitative questionnaires led to the identification of four main findings regarding the evaluation of the workshop: 1) some participants have previously acquired knowledge regarding sexual fluidity and the inclusive approach; 2) the workshop reinforces an inclusive approach in the participants' professional practices; 3) the majority of participants report an overall positive appreciation of the workshop; 4) challenges are faced when acquired knowledge is put into practice and suggestions are made to improve the workshop. This workshop illustrates the importance of training health care practitioners to adopt an open and welcoming posture in order to encourage WSW to express themselves freely on their sexual health.

Keywords : inclusive approach, lesbian*, bisexual*, WSW, training, sexual health

INTRODUCTION

Depuis les dernières décennies, la reconnaissance sociale et politique de la diversité sexuelle connaît une progression importante dans les sociétés occidentales (Albuquerque *et al.*, 2016; Chamberland et Puig, 2015; Dumas *et al.*, 2016; Gouvernement du Québec, 2017; Herz et Johanson, 2015; Taha *et al.*, 2020). En appui à cette quête de reconnaissance, des travaux sur les droits sexuels ont permis, entre autres, de légitimer la lutte contre les discriminations envers les personnes de la diversité sexuelle (Fortenberry, 2013; Giami, 2016). Au Québec, des politiques publiques ont été développées en ce sens, notamment par le biais du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie et la transphobie 2017-2022 (Gouvernement du Québec, 2017). Par contre, cette reconnaissance demeure limitée, voire marginale, pour les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FARSAF) comparativement aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) (Berrut, 2016; Delebarre, 2019; Dumas *et al.*, 2016; Klein et Nakhai, 2016; Mimeault, 2005; Rouanet, 2018). Certains travaux illustrent que ce manque de reconnaissance à l'égard des FARSAF se retrouve également au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), ce qui peut générer pour ces femmes des barrières limitant l'accès aux services de santé sexuelle (Berrut, 2016; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Giles, 2019; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018).

Apparue dans le milieu scolaire pour s'adapter à la diversité et favoriser l'équité des chances des élèves (Potvin, 2014), l'approche inclusive constitue une perspective d'intervention novatrice qui favorise la reconnaissance de la diversité des parcours de vie, des expériences et de l'identité sexuelle des individus (Richard, 2019). Si cette

approche semble toute désignée pour intervenir sur la santé sexuelle des FARSAF au sein du RSSS (Berrut, 2016; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Rouanet, 2018), aucune formation n'existe à ce sujet, encore à ce jour, pour les professionnel.le.s de la santé au Québec. Cette absence de formation constitue une lacune importante dans l'organisation des soins et des services au Québec (Dumas *et al.*, 2016). Il est possible de supposer que cette lacune participe à l'occultation des FARSAF, d'une part, dans le RSSS et, d'autre part, lors d'interventions en santé sexuelle avec une ou un professionnel.le de la santé (Berrut, 2016; Dumas *et al.*, 2016; Giles, 2020; Rouanet, 2018). Ce mémoire propose donc une version expérimentale d'un atelier de sensibilisation qui vise à soutenir la réflexion des professionnel.le.s de la santé quant à l'approche inclusive concernant la santé sexuelle des FARSAF.

Le premier chapitre de ce mémoire présente la problématique qui oriente la démarche de l'étude, soit l'absence de formation sur l'approche inclusive des professionnel.le.s de la santé en ce qui a trait à leurs interventions en santé sexuelle auprès des FARSAF. Le deuxième chapitre révèle l'état des connaissances sur la santé sexuelle des FARSAF en décrivant les enjeux définitionnels des nomenclatures de ce groupe social, ainsi que les difficultés de santé qu'elles rencontrent. Le troisième chapitre détaille le cadre conceptuel du mémoire qui s'articule autour de trois principales notions théoriques, soit la santé sexuelle, la fluidité sexuelle et l'approche inclusive. Le quatrième chapitre décrit la démarche méthodologique sous-jacente au développement, à l'animation et à l'évaluation de l'atelier de sensibilisation, soit le modèle de l'Intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2016). Le cinquième chapitre présente les résultats de l'évaluation qualitative qui a été menée auprès des professionnel.le.s de la santé ayant participé à l'atelier de sensibilisation. Le sixième chapitre permet de discuter des résultats de l'atelier de sensibilisation.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Les femmes cisgenres de la diversité sexuelle constituent un groupe social peu reconnu, et ce, tant au niveau politique et académique que pratique (Berrut, 2016; Delebarre, 2019; Klein et Nakhai, 2016; Marques *et al.*, 2015; Mimeault, 2005; Ottavioli, 2019; Rouanet, 2018). En ce qui concerne les écrits scientifiques, on retrouve encore aujourd'hui différentes nomenclatures pour qualifier les femmes de la diversité sexuelle, tels que lesbiennes, bisexuelles et femmes de minorités sexuelles (Albuquerque *et al.*, 2016; Berrut, 2016; Bize *et al.*, 2011; Chamberland *et al.*, 2012; Chetcuti *et al.*, 2013; Copen *et al.*, 2016; Eguavoen, 2015; Grabowiecka, 2011; Hafeez *et al.*, 2017; Jara Schoch, 2016; Klein et Nakhai, 2016; Marques *et al.*, 2015; McCann et Brown, 2018; Mimeault, 2005; Munson et Cook, 2016; Nóbrega, 2013; Nuñez et Jäger, 2011; Pasquier et Richard, 2016). Plusieurs de ces termes ne tiennent toutefois pas compte de la possibilité d'une disparité entre l'orientation sexuelle auto-identifiée de ces femmes et leurs comportements sexuels (Chamberland *et al.*, 2012; Chetcuti *et al.*, 2013; Copen *et al.*, 2016; Diamond, 2016; Dorais, 2015; Eguavoen, 2015; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Mullinax *et al.*, 2016; Ottavioli, 2019). Or, pour répondre aux besoins en santé sexuelle des femmes de la diversité sexuelle, par exemple pour évaluer à juste titre leurs risques de contracter une ITSS, il importe de s'intéresser à leurs comportements sexuels (Copen *et al.*, 2016; Delebarre, 2019; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Ottavioli, 2019). Afin de rendre visible la diversité sexuelle de ces femmes sur la base de leurs comportements sexuels,

il convient de les désigner comme étant des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FARSAF; Delebarre, 2019; Everett, 2013).

Au Québec, le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) participe à l'occultation de ce groupe social en créant des barrières institutionnelles, par exemple en fournissant des questionnaires d'anamnèse sexuelle hétérosexistes¹, qui contraignent l'accès des FARSAF aux services de santé sexuelle (Dumas *et al.*, 2016; Mimeault, 2005). Dans ce contexte institutionnel hétérosexiste, il est documenté que les professionnel.le.s reçoivent peu de formation sur la diversité sexuelle, ce qui peut les conduire à mobiliser des connaissances, attitudes ou habiletés inadaptés envers ces femmes (Berrut, 2016; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Giles, 2019; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018). Dans le contexte montréalais, une étude relève l'inadéquation des services de santé au sein du RSSS concernant les besoins des FARSAF en raison, notamment, des attitudes hétérosexistes et hétéronormatives² des professionnel.le.s de la santé (Dumas *et al.*, 2016). Cette étude montre que la présomption des professionnel.le.s à l'égard des comportements sexuels hétérosexuels des FARSAF et leur méconnaissance quant aux risques associés à la sexualité des femmes constituent des barrières importantes à leurs accès aux services de santé. À cet effet, d'autres études mettent de l'avant que les professionnel.les de la santé accusent des limites importantes tant en termes de connaissances, d'attitudes et d'habiletés inclusives lors de leurs interventions auprès des FARSAF (Albuquerque *et al.*, 2016; Bastien Charlebois, 2011; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Dourgon, 2013; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; McCann et Brown, 2018; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018; Rufino *et al.*, 2018).

¹ Hétérosexisme : Émission de paroles, gestes et allusions, provenant d'un individu ou d'une institution, qui dévalorisent, ignorent ou stigmatisent l'identité, la vie amoureuse ou sexuelle autre qu'hétérosexuelle (*Ibid*). Le silence quant à ce qui déroge de l'hétérosexualité, créé en raison de contraintes sociales, morales ou parfois même religieuses, laisse présager que ces réalités ne méritent pas d'être nommées (Bastien Charlebois, 2011; Chamberland *et al.*, 2012; Pasquier et Richard, 2016).

² Hétéronormativité : Le fait de constamment aborder un sujet en postulant un point de vue hétérosexuel (Bastien Charlebois, 2011; Chamberland *et al.*, 2009; Herek, 1998).

Par conséquent, de nombreux travaux suggèrent que les professionnel.le.s de la santé ont tout intérêt à adopter l'approche à leur pratique professionnelle afin de répondre aux besoins et aux attentes des FARSAF (Berrut, 2016; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Jara Schoch, 2016; Marrazzo et Gorgos, 2012; McCann et Brown, 2018; Rouanet, 2018). Concrètement, plusieurs études recommandent de mieux former ces professionnel.le.s à l'approche inclusive auprès des FARSAF dans le but d'offrir des services en santé sexuelle adaptés à leurs besoins (Berrut, 2016; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Jara Schoch, 2016; Marrazzo et Gorgos, 2012; McCann et Brown, 2018; Rouanet, 2018). Cependant, aucune formation de ce type n'existe au Québec, ce qui constitue ainsi une lacune dans l'offre de services adressée aux professionnel.le.s de la santé québécois.es. Si l'INSPQ offre deux formations portant notamment sur les personnes de la diversité sexuelle et de genre, leur couple et leur famille (2017a,b), ces outils ne s'attardent pas directement aux FARSAF ni à leurs besoins spécifiques. Il importe donc de former les professionnel.le.s de la santé afin qu'elles et ils adoptent une approche inclusive auprès de ces femmes, notamment en considérant la fluidité sexuelle, en ayant une attitude bienveillante et humble et en posant des questions ouvertes (Berrut, 2016; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Jara Schoch, 2016; Marrazzo et Gorgos, 2012; McCann et Brown, 2018; Rouanet, 2018). Ce mémoire, en s'inspirant de l'assise théorique de l'Intervention ciblée, vise à développer, animer et évaluer un atelier pour sensibiliser les professionnel.le.s de la santé à l'approche inclusive en ce qui concerne la santé sexuelle des FARSAF.

Sur le plan social et sexologique, ce mémoire vise non seulement à soutenir les professionnel.le.s de la santé, mais également à les outiller à l'approche inclusive afin d'améliorer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs habiletés concernant la santé sexuelle des FARSAF. Sur le plan scientifique, ce mémoire permet de documenter le processus de développement, d'animation et d'évaluation d'un atelier de sensibilisation à l'approche inclusive concernant la santé sexuelle des FARSAF. Grâce à son évaluation en deux volets, constituant une étape déterminante dans le processus

d'élaboration d'une formation (Hababa, 2020), ce projet suggère des ajustements en vue de son amélioration, de sa pérennisation, voire de son transfert à d'autres établissements de santé au Québec pour, ultimement, améliorer la santé sexuelle des FARSAF.

CHAPITRE II

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre expose l'état des connaissances sur la santé sexuelle des FARSAF. La première section porte sur les enjeux définitionnels concernant les nomenclatures associées aux FARSAF. La deuxième section trace le portrait des difficultés de santé sexuelle vécues par les FARSAF. La troisième section identifie les travaux sur l'approche inclusive pour contrer les barrières d'accès aux services de santé sexuelle pour les femmes de la diversité sexuelle.

2.1 Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : les enjeux définitionnels des nomenclatures

Dans un souci épidémiologique, certains travaux font de plus en plus référence à l'acronyme « FARSAF » (ou FSF selon les personnes autrices) pour décrire les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (Delebarre, 2019; Everett, 2013). Cet acronyme désigne toutes les personnes qui s'identifient comme femmes et qui ont, ou ont déjà eu, régulièrement ou occasionnellement des relations sexuelles avec des femmes, et ce, sans tenir compte de leur orientation sexuelle auto-identifiée (Delebarre, 2019; Everett, 2013; Marrazzo et Gorgos, 2012; Ottavioli, 2019). De la même façon que pour l'acronyme « HARSAH » (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), l'utilisation de l'acronyme FARSAF permet d'étudier, de manière objective, les facteurs de risque qui sont associés aux comportements sexuels de ces femmes

(Delebarre, 2019; Everett, 2013; INSPQ, 2020; Marrazzo et Gorgos, 2012; Ottavioli, 2019).

2.1.1 Différentes dimensions pour qualifier les FARSAF : l'auto-identification, l'attrance sexuelle et les comportements sexuels

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèle que 1,1 % des femmes âgées de 18 à 59 ans s'auto-identifient lesbiennes et 1,2 % s'auto-identifient bisexuelles (Chamberland *et al.*, 2012). Bien que cette enquête s'appuie sur une mesure d'auto-identification de l'orientation sexuelle combinée à celle du sexe des participantes, soit être une femme hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle (Chamberland *et al.*, 2012), cette étude ne tient pas compte des comportements sexuels de ces femmes. Par ailleurs, une étude nationale américaine réalisée auprès de 9 175 femmes et hommes âgé.e.s de 18 à 44 ans révèle que 54 % des femmes attirées « principalement par le sexe opposé » et 7,5 % des femmes attirées « uniquement par le sexe opposé » ont déjà eu des comportements sexuels avec des femmes (Copen *et al.*, 2016). Parmi les femmes qui se disent hétérosexuelles, 12,6 % d'entre elles ont déjà eu des comportements sexuels avec des femmes (Copen *et al.*, 2016). Selon cette même étude, 89,7 % des femmes s'étant auto-identifiées lesbiennes ou bisexuelles ont déjà eu des comportements sexuels avec des hommes. Selon l'étude de Copen *et al.* (2016), l'attrance sexuelle et l'orientation sexuelle auto-identifiée sont en étroites associations, mais pas en complètes corrélations avec les comportements sexuels des femmes et des hommes de cette étude. Les comportements sexuels, l'attrance sexuelle et l'orientation sexuelle auto-identifiée varient en fonction de l'âge, du statut matrimonial ou de cohabitation, de l'éducation ou de l'origine ethnique des personnes participantes à cette étude (Copen *et al.*, 2016).

Cette distinction entre l'auto-identification, l'attrance sexuelle et les comportements sexuels des femmes s'explique, entre autres, par la notion de fluidité sexuelle

(Diamond, 2008) qui désigne la capacité de variation quant à la réactivité sexuelle et le désir sexuel d'une personne. Comme la fluidité sexuelle est de plus en plus assumée par les femmes au sein de la société contemporaine, il devient difficile de les catégoriser en recourant à une seule mesure identitaire (Chetcuti *et al.*, 2013; Copen *et al.*, 2016; Diamond, 2016; Dorais, 2015; Eguavoen, 2015; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Mullinax *et al.*, 2016; Ottavioli, 2019). Par exemple, en utilisant différentes mesures afin d'identifier les populations à risque de contracter des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), l'estimation des risques peut fluctuer selon les mesures considérées (Copen *et al.*, 2016; Delebarre, 2019; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016). Dépendamment des études, les comportements sexuels des individus ne sont pas toujours cohérents avec leurs attirances déclarées; cela peut expliquer les variations d'estimation des risques quant aux ITSS (Copen *et al.*, 2016; Delebarre, 2019; Diamond, 2016; Everett, 2013; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Ybarra *et al.*, 2016). Ces études soulèvent l'importance de tenir compte de l'ensemble des dimensions liées à l'orientation sexuelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux afin d'adapter adéquatement les interventions auprès des femmes (Chamberland *et al.*, 2012; Copen *et al.*, 2016; Delebarre, 2019; Dumas *et al.*, 2016; Giles, 2019; Mullinax *et al.*, 2016; Ottavioli, 2019; Steele, 2015; Tjepkema, 2008).

2.1.2 Différents termes mobilisés pour désigner les femmes de la diversité sexuelle

Au sein des travaux scientifiques, plusieurs nomenclatures sont mobilisées pour désigner les FARSAF. Certaines études utilisent le terme « minorité sexuelle » pour évoquer, entre autres, les femmes lesbiennes, bisexuelles ou en questionnement (Dumas, 2013; Dumas *et al.*, 2016, Feugé *et al.*, 2017, Goodenow *et al.*, 2017; Grabowiecka, 2011, Spengler *et al.*, 2016; Ybarra *et al.*, 2016). Ce terme comporte plusieurs limites, dont une asymétrie hiérarchique par rapport à la « majorité sexuelle », soit l'orientation dominante représentée par l'hétérosexualité. De plus, la

« minorité sexuelle » occulte la diversité et les particularités de chacun.e à l'intérieur du groupe minoritaire lui-même (Bastien Charlebois, 2011; Franco Morales *et al.*, 2015; Jouvin *et al.*, 2005).

Certaines recensions des écrits (Albuquerque *et al.*, 2016; Hafeez *et al.*, 2017) s'intéressent, pour leur part, à l'orientation sexuelle pour décrire l'accès aux services de santé des personnes « lesbiennes, gaies, bisexuelles ». Certaines études indiquent seulement l'orientation sexuelle en elle-même, telle que « homosexuelle, lesbienne ou bisexuelle », pour traiter de la santé sexuelle de ces femmes, des inégalités en santé et de l'approche inclusive des professionnel.le.s (Berrut, 2016; Chetcuti *et al.*, 2013; Eguavoen, 2015; Grabowiecka, 2011; Marques *et al.*, 2015; Mimeault, 2005; Munson et Cook, 2016; Nóbrega, 2013; Nuñez et Jäger, 2011; Pasquier et Richard, 2016). En se fiant uniquement à l'orientation sexuelle, ces travaux tendent à négliger, voire occulter, une partie des femmes qui ne s'auto-identifient pas comme « lesbiennes ou bisexuelles », mais qui ont des comportements sexuels avec des femmes.

D'autres études, portant sur divers sujets concernant les professionnel.le.s de la santé, utilisent plutôt l'acronyme « LGBTQ+ » quand il est question des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans³, queer et autres personnes de la diversité sexuelle et des genres (Bize *et al.*, 2011; Jara Schoch, 2016; Klein et Nakhai, 2016; McCann et Brown, 2018). Bien que cet acronyme veuille représenter les réalités diverses des identités qui y sont bien distinctes, il est parfois complexe à démystifier pour des néophytes en la matière (Prearo, 2015). Aussi, l'acronyme LGBTQ+ est parfois utilisé comme un terme parapluie. Il arrive, par exemple, que l'acronyme LGBTQ+ soit mobilisé, alors qu'il n'y a aucune personne bisexuelle dans l'échantillon (El-Hage et Lee, 2017; Herz et Johansson, 2015; Rahman et Valliani, 2016).

³ Terme désignant toute personne qui a une identité de genre différente de son genre assigné à la naissance, indépendamment de leur expression de genre ou leur choix d'avoir recours ou non à des soins d'affirmation du genre (Dubuc, 2017; Office québécois de la langue française).

Certaines études incluent tant l'orientation sexuelle auto-identifiée que les comportements sexuels pour qualifier leur population ciblée, par exemple les femmes lesbiennes, bisexuelles, queers et celles ayant des relations sexuelles avec des femmes (Copen *et al.*, 2016; Logie *et al.*, 2015). De plus en plus d'études tendent à employer le terme et l'acronyme FARSAF pour parler des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (Bauer et Welles, 2001; Delebarre, 2019; Everett, 2013; Giles, 2019; Marrazzo et Gorgos, 2012; Mullinax *et al.*, 2016; Ottavioli, 2019; Rouanet, 2018; Rowen *et al.*, 2013; Rufino *et al.*, 2018). Selon plusieurs travaux, le terme « femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » (FARSAF) permet de se concentrer sur les comportements sexuels des femmes pour évaluer, entre autres choses, leur vécu sexuel et leurs besoins en santé sexuelle (Delebarre, 2019; Dilley *et al.*, 2010; Feugé *et al.*, 2017; Logie *et al.*, 2015; Mullinax *et al.*, 2016; Ottavioli, 2019; Ybarra *et al.*, 2016).

2.1.3 Le choix du terme employé dans le cadre de ce mémoire : les FARSAF à l'étude

Dans le cadre de ce mémoire, c'est le terme FARSAF qui est mobilisé, puisqu'il repose sur les comportements sexuels des femmes pour procéder, entre autres, à l'anamnèse de leur santé sexuelle par les professionnel.le.s de la santé (Côté, 2018; Ottavioli, 2019). Le terme FARSAF permet de considérer la diversité et la fluidité des comportements sexuels en délaissant l'orientation sexuelle auto-identifiée (Feugé *et al.*, 2017; Ottavioli, 2019). D'ailleurs, il est recommandé de considérer toutes les femmes ayant des comportements sexuels avec des femmes, indépendamment de leur orientation sexuelle auto-identifiée, pour mener à bien leur anamnèse sexuelle (Feugé *et al.*, 2017; Ottavioli, 2019). L'emploi du terme FARSAF soulève l'importance de réviser la norme sociale dominante quant à la sexualité des femmes; cette dernière pouvant être tout autre que monogame, stable et hétérosexuelle (Chetcuti *et al.*, 2013).

Dans le même ordre d'idées, la complexité des identités, réalités et parcours trans justifie que ce mémoire se concentre uniquement sur les enjeux des FARSAF cisgenres

(Berrut, 2016). Une FARSAF cisgenre est une femme dont le sexe féminin lui a été assigné à la naissance. Ainsi, dans ce mémoire, l'utilisation du terme « sexe », plutôt que du terme « genre », est motivée par les facteurs de risque pour la santé sexuelle qu'il représente (Gouvernement du Québec, 2019). Le sexe « concerne principalement la nature anatomique des organes génitaux ou reproducteurs d'une personne » (Dubuc, 2017, p.10); il est associé à l'aspect physiologique de la personne (Dorais, 2015). Pour sa part, le genre relève du continuum de l'auto-identification de la personne dont les deux pôles sont le féminin et le masculin, mais qui peut être tout autre ou fluide entre ces genres (fluidité des genres, non-binarité des genres, etc.); il est plus associé aux composantes sociales et culturelles de l'identité de la personne (Dorais, 2015; Dubuc, 2017). En d'autres mots, lorsqu'il est question de procéder à l'anamnèse de la santé sexuelle, il importe de prioriser le sexe, plutôt que le genre de la femme et de ses partenaires sexuel.le.s, car l'anamnèse permet de dresser le portrait de la santé sexuelle de l'usagère, y compris ses facteurs de risque et ses besoins (Côté, 2018; Delebarre, 2019; Gouvernement du Québec, 2019; Ottavioli, 2019).

2.2 Une prise en charge déficiente de la santé sexuelle des FARSAF

Comme peu d'écrits mobilisent le concept de « femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes », le portrait des difficultés de santé sexuelle tracé ici recoupe des travaux scientifiques sur des femmes lesbiennes, des femmes bisexuelles et des FARSAF. Les représentations hétéronormatives de la santé sexuelle font en sorte que le vécu sexuel des FARSAF est peu connu et peu valorisé par les professionnel.le.s de la santé. Les résultats des études convergent sur le fait que les FARSAF sont confrontées à de nombreuses barrières quant à l'accès aux services de santé sexuelle et plusieurs travaux scientifiques formulent des recommandations pour l'amélioration de l'accès à ces services pour ces femmes.

2.2.1 Des représentations hétéronormatives qui engendrent des difficultés de santé sexuelle chez les FARSAF

Ottavioli (2019) indique que les FARSAF présentent des spécificités de santé qui passent sous le radar lors de consultations en santé sexuelle. Rouanet (2018) indique que le regard hétérosexiste posé sur les femmes en contexte de soins est influencé par les représentations sociétales hétéronormatives. Cette vision hétérosexiste projette une image erronée de la sexualité entre femmes, cette dernière étant non reconnue et perçue comme inexistante (Marques *et al.*, 2015; Rouanet, 2018). Cette présomption d'hétérosexualité dans le réseau de la santé et des services sociaux contribue au fait d'ignorer les FARSAF, les rendant invisibles et occultant leur vécu sexuel et leurs besoins en santé sexuelle (Ottavioli, 2019; Rouanet, 2018). Contrairement à la santé sexuelle des hommes homosexuels ou des HARSAH, celle des FARSAF est méconnue par les professionnel.le.s de la santé (Berrut, 2016; Delebarre, 2019; Klein et Nakhai, 2016; Mimeault, 2005; Rouanet, 2018).

À maintes reprises, il a été constaté que les risques de contracter des ITSS chez les FARSAF sont soit minimisés, soit mal connus, et ce, autant chez les professionnel.le.s que chez les femmes elles-mêmes (Agence de la santé publique du Canada, 2012; Bauer et Welles, 2001; Berrut, 2016; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Flores-Aranda, 2015; Giles, 2019; Logie *et al.*, 2015; Mimeault, 2005; Ottavioli, 2019; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018; Ybarra *et al.*, 2016). Le manque d'éducation et de promotion en ce qui concerne les moyens de protection sexuelle (p. ex. méthodes contraceptives et méthodes barrières) fait en sorte que les FARSAF tendent à moins les utiliser lors d'activités sexuelles (Giles, 2019; Rouanet, 2018; Rufino *et al.*, 2018). Berrut (2016) avance le fait que la contraception est très souvent abordée d'un point de vue hétéronormatif de la part des professionnel.le.s de la santé, présumant qu'une femme active sexuellement a forcément un homme comme partenaire sexuel, alors que la réalité peut être toute autre. Il persiste aussi, chez plusieurs FARSAF, un manque

d'éducation ou de reconnaissance de l'importance de consulter les services de santé pour prévenir des problèmes de santé sexuelle (Berrut, 2016).

Si les FARSAAF présentent des risques de santé sexuelle comparables à ceux des autres femmes selon leurs comportements, elles démontrent toutefois une certaine réticence quant à leur suivi gynécologique, et plus principalement la contraception, le dépistage, la prévention des ITSS et le test PAP (Berrut, 2016; Ottavioli, 2019; Rouanet, 2018). Les FARSAAF se font des représentations de la gynécologie qui sont surtout associées aux pratiques sexuelles hétérosexuelles, notamment en ce qui a trait à la possibilité de contracter des ITSS, ce qui les encourage à un certain délaissement de ce suivi (Berrut, 2016; Rouanet, 2018). La première consultation gynécologique des FARSAAF peut être tardive (Berrut, 2016; Gilles, 2019; Rouanet, 2018). Ces femmes peuvent demeurer longtemps sans consulter et le suivi gynécologique peut être irrégulier ou volontairement arrêté en raison de son caractère intime, d'une expérience négative ou d'un changement de sexe de la ou du partenaire sexuel.le (Berrut, 2016; Gilles, 2019; Rouanet, 2018). Conséquemment, l'absence ou le manque d'assiduité en consultation gynécologique chez les FARSAAF peut entraîner un sous-dépistage, une prise en charge tardive des problématiques de santé sexuelle et potentiellement des complications plus fréquentes, dont des symptômes reliés à une ou plusieurs ITSS non traitées, le développement d'un cancer du col de l'utérus ou d'un cancer du sein (Berrut, 2016).

Aussi, les FARSAAF peuvent parfois se retrouver dans une situation où elles ont l'impression de devoir informer ou rassurer la ou le professionnel.le sur leurs vécus. C'est là une responsabilité qu'elles ne veulent pas nécessairement porter et qui, selon elles, relèverait plutôt de la formation de ces professionnel.le.s (Berrut, 2016; Rouanet, 2018). Pour éviter de jouer ce rôle, elles peuvent taire, c'est-à-dire ne pas parler, ou cacher, c'est-à-dire mentir ou dissimuler, certaines informations concernant leur santé sexuelle, ce qui contribue à leur occultation dans le RSSS (Rouanet, 2018). Les différentes situations rencontrées par les FARSAAF lors de consultations médicales

peuvent engendrer chez elles un sentiment de culpabilité, de honte ou d'inconfort pouvant accentuer leurs craintes d'être jugées par les professionnel.le.s de la santé (Berrut, 2016; Giles, 2019; Rouanet, 2018). Ces situations contribuent au fait que les FARSAF ont tendance à peu, voire pas du tout, utiliser les services de soins, plus spécifiquement en ce qui a trait à la consultation en santé sexuelle, comme les suivis gynécologiques (Berrut, 2016; Giles, 2019; Ottavilo, 2019; Rouanet, 2018).

2.2.2 Les barrières d'accès aux services de santé sexuelle chez les FARSAF

Les FARSAF rencontrent différentes barrières d'accès aux services de santé sexuelle (Albuquerque *et al.*, 2016; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Dourgon, 2013; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018). Ces barrières d'accès s'expliquent par les politiques et les pratiques hétéronormatives ou hétérosexistes du RSSS qui reposent sur des représentations parfois intériorisées par les femmes de la diversité sexuelle elles-mêmes (Albuquerque *et al.*, 2016; Bastien Charlebois, 2011; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Dourgon, 2013; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; McCann et Brown, 2018; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018; Rufino *et al.*, 2018). L'étude de Rouanet (2018) permet d'ailleurs de mieux comprendre l'influence des représentations de la société, porteuse de stigmatisations et de stéréotypes concernant le lesbianisme ou les comportements sexuels entre femmes, en contexte de soins et de suivi gynécologique auprès de 20 FARSAF. Les nombreuses intersections identitaires des femmes de la diversité sexuelle, dont leur âge, leur appartenance ethnoculturelle, leur capacité, leur consommation de substances et leur classe sociale, et le sexe de leurs partenaires sexuel.le.s peuvent aussi être une source de stigmatisation lors d'une consultation auprès d'un.e professionnel.le de la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2019; Mimeault, 2005; Feugé *et al.*, 2017; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018).

À cela peut s'ajouter la stigmatisation concernant les problèmes de santé (p. ex. problèmes de consommation ou problèmes de santé mentale) de ces femmes qui, au final, amplifient leurs inégalités sociales de santé (Agence de la santé publique du Canada, 2019; Delebarre, 2019; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Rouanet, 2018). En l'absence d'une sensibilisation particulière, les procédures et les pratiques des professionnel.le.s de la santé demeurent hétérosexistes, ce qui a un impact négatif sur la relation entre la FARSAF et la ou le professionnel.le, et cela peut aussi la décourager d'avoir recours à des services de santé sexuelle (Berrut, 2016; Delebarre, 2019; Eguavoen, 2015; Feugé *et al.*, 2017; Pasquier et Richard, 2016 ; Rouanet, 2018). Ces nombreuses barrières à l'accès aux services de santé freinent les femmes de la diversité sexuelle à fréquenter le RSSS, fragilisant ainsi leur santé, dont leur santé sexuelle (Albuquerque *et al.*, 2016; Bastien Charlebois, 2011; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Herek, 1998; McCann et Brown, 2018; Pasquier et Richard, 2016; Ottavioli, 2019; Rouanet, 2018). En effet, certaines FARSAF voudraient discuter de leurs comportements sexuels avec leur professionnel.le de la santé, mais ne savent pas comment aborder le sujet avec elles ou eux par peur de jugements ou de susciter un malaise (Giles, 2019; Rouanet, 2018). D'autres FARSAF considèrent que le dévoilement de leurs comportements sexuels, même lors d'une consultation gynécologique, est inutile (Berrut, 2016; Delebarre, 2019; Giles, 2019; Rouanet, 2018).

2.2.3 Les attentes et les recommandations des FARSAF sur les services en santé sexuelle

Les femmes s'attendent à ce que les professionnel.le.s de la santé ne prennent pas pour acquis qu'elles sont exclusivement hétérosexuelles. Elles souhaitent que les professionnel.le.s de la santé considèrent la possibilité de la fluidité sexuelle chez les femmes lors des différentes consultations (Berrut, 2016; Giles, 2019; Rouanet, 2018). Plus précisément, les FARSAF demandent à être traitées avec une attitude d'ouverture,

de respect et d'empathie de la part des professionnel.le.s de la santé, et ce, peu importe leur orientation sexuelle ou leurs caractéristiques personnelles (Berrut, 2016; Rouanet, 2018). Elles veulent aussi que ces professionnel.le.s communiquent avec elles, sans *a priori* et sans jugement, en utilisant un langage inclusif (p. ex. avez-vous eu un, une ou des partenaires sexuel.le.s dans les 6 derniers mois?) ou neutre (p. ex. avec qui avez-vous eu des pratiques sexuelles durant les 6 derniers mois? Si je comprends bien, vous avez eu des partenaires femmes et hommes, est-ce bien cela?) (Berrut, 2016; Giles, 2019; Gonçalves, 2018; Jara Schoch, 2016; Rouanet, 2018).

L'utilisation d'un tel langage, ouvert et non oppressant, de la part des professionnel.le.s de la santé favorise la mise en place d'un climat sécuritaire et de confiance facilitant le dialogue entre elles ou eux et les FARSAF (Berrut, 2016; Giles, 2019; Gonçalves, 2018; Jara Schoch, 2016; Rouanet, 2018). De plus, le choix de mots justes et précis, quitte à les définir, permet d'éviter les malentendus (Berrut, 2016). À titre d'exemple, l'utilisation du terme « pratiques sexuelles » devrait être systématiquement défini par la ou le professionnel.le lors d'une consultation en santé sexuelle afin que toutes les parties sachent de quoi il est question (Berrut, 2016). Les FARSAF s'attendent à ce que toute forme de geste ou de manipulation, de nature intime ou non, soit impérativement expliquée, demandée et acceptée par elles avant d'être effectuée (Berrut, 2016; Blondel et Salathé, 2014; Rouanet, 2018). En d'autres termes, les FARSAF demandent à avoir recours à des services de santé accueillants et bienveillants fournis par des professionnel.le.s de la santé qui offrent un cadre rassurant, sécuritaire et inclusif (Berrut, 2016; Giles, 2019; Rouanet, 2018). Plusieurs études mettent de l'avant le besoin des FARSAF de recevoir davantage d'informations sur les risques quant à leur santé sexuelle, ainsi que sur l'intérêt d'un suivi gynécologique (Berrut, 2016; Rouanet, 2018).

2.3 Vers une approche inclusive en santé sexuelle pour les FARSAF

L'adoption d'une approche inclusive par les professionnel.le.s de la santé, notamment en considérant la fluidité sexuelle, en étant humble et ouvert.e.s et en posant des questions ouvertes à la diversité sexuelle, permettrait de contrer les barrières d'accès aux services de santé sexuelle pour les femmes de la diversité sexuelle au sein du RSSS. Or, cette approche ne fait pas partie de la formation de ces professionnel.le.s dans le RSSS.

2.3.1 Caractéristiques et avantages d'une approche inclusive en santé sexuelle

Plusieurs travaux montrent que l'approche inclusive constitue une voie prometteuse afin de contrer les barrières d'accès aux services de santé sexuelle pour les personnes de la diversité sexuelle, dont les FARSAF, au sein du RSSS (Chamberland et Puig, 2016; Berrut, 2016; Giles, 2019; Rouanet, 2018). Selon ces études, la tâche essentielle des professionnel.le.s de la santé est d'accompagner et de soigner les personnes usagères adultes, et ce, en toute confidentialité (Berrut, 2016; Blondel et Salathé, 2014; Giles, 2019; Rouanet, 2018). Pour ce faire, les professionnel.le.s de la santé doivent être dignes de confiance en tentant de diminuer, le plus possible, l'asymétrie des rapports entre elles ou eux et les personnes usagères (Berrut, 2016; Blondel et Salathé, 2014; Rouanet, 2018). Il importe également que les professionnel.les de la santé créent un rapport égalitaire basé sur la coopération, c'est-à-dire qu'il devrait régner une confiance mutuelle et une pratique de l'empathie (Blondel et Salathé, 2014). Plus les personnes usagères se sentent comprises et libres de s'exprimer sur leur état de santé, plus cela permet aux professionnel.le.s de la santé de les aider en adaptant leurs pratiques à leurs besoins (Blondel et Salathé, 2014). Le sentiment de confiance permet aussi aux professionnel.les de la santé de recueillir des informations nécessaires sur l'état de santé des FARSAF pour une meilleure prise en charge de leurs besoins (Berrut, 2016; Blondel et Salathé, 2014; Giles, 2019).

L'approche inclusive en santé sexuelle signifie de prendre en considération la possibilité que les femmes usagères puissent vivre une fluidité sexuelle, et ce, malgré un parcours de vie hétérosexuel avec ou sans expérience de maternité (Berrut, 2016; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Rouanet, 2018). Les professionnel.le de la santé, qui se basent sur une approche inclusive, peuvent réussir à créer un lien de confiance avec les usagères FARSAF favorisant ainsi le dévoilement de leur orientation sexuelle ou de leurs comportements sexuels (Berrut, 2016; Blondel et Salathé, 2014; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Rouanet, 2018). Plusieurs habiletés, teintées d'une attitude inclusive, ont été identifiées afin de créer ce lien de confiance entre la ou le professionnel.le et la FARSAF, dont faire preuve de proactivité en tant que professionnel.le ainsi que de poser des questions inclusives ou reprendre les termes utilisés dans le discours des femmes (Berrut, 2016; Blondel et Salathé, 2014; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Rouanet, 2018). De plus, la relation professionnelle se doit d'être centrée sur les personnes usagères afin que celles-ci soient perçues comme étant les mieux placées pour décrire leur propre vécu (Blondel et Salathé, 2014). En ce sens, il convient d'adopter une approche professionnelle inclusive, c'est-à-dire une approche qui est centrée sur les FARSAF en prenant en considération leurs spécificités singulières (Giles, 2019; Rouanet, 2018).

2.3.2 La formation sur l'approche inclusive des professionnel.le.s de la santé : la grande oubliée du RSSS

Plusieurs études suggèrent l'importance de mieux former les professionnel.le.s de la santé à l'adoption d'une approche inclusive lors d'interventions en santé sexuelle auprès des FARSAF (Berrut, 2016; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Jara Schoch, 2016; Marrazzo et Gorgos, 2012; McCann et Brown, 2018; Rouanet, 2018). Selon les travaux de recherche, ce type de formation permettrait d'adapter l'offre des services offerts aux FARSAF, notamment en santé sexuelle, et de répondre à leurs besoins (Berrut, 2016; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Jara Schoch, 2016; Marrazzo et

Gorgos, 2012; McCann et Brown, 2018; Rouanet, 2018). Cependant, au Québec, il n'existe pas d'outils de formation préconisant une approche inclusive de la part des professionnel.le.s auprès des FARSAF. Dans ce contexte, ce mémoire a permis le développement, l'animation et l'évaluation d'un atelier de sensibilisation favorisant l'approche inclusive de ces professionnel.le.s concernant la santé sexuelle des FARSAF. Ce mémoire répond donc aux recommandations de différents travaux quant à l'importance de mieux former les professionnel.le.s de la santé à l'approche inclusive pour lutter contre les obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle chez les femmes de la diversité sexuelle, dont les FARSAF (Baker et Beagan, 2014; Eguavoen, 2015; Feugé *et al.*, 2017; Grabowiecka, 2011; Munson et Cook, 2016). Le prochain chapitre présentera les concepts importants mis de l'avant dans le cadre de ce mémoire qui porte sur le développement, l'animation et l'évaluation d'un atelier de sensibilisation favorisant l'approche inclusive sur la santé sexuelle des FARSAF.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre vise à définir différents concepts phares pour le développement de l'atelier de sensibilisation au centre de cette étude. Le concept de santé sexuelle ainsi que celui de fluidité sexuelle seront d'abord abordés sur la base d'une recension des écrits. Suivra une dernière section présentant la définition et la description de l'assise théorique de cette étude, soit l'approche inclusive, en prenant appui sur les écrits scientifiques abordant cette approche en éducation à la sexualité.

3.1 Le concept de santé sexuelle : les droits sexuels

Dans les années 1970, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) adopte le concept de santé sexuelle⁴ pour mettre de l'avant une vision positive de la vie sexuelle comme faisant partie du champ de la santé et dans laquelle le bien-être, le plaisir et le respect de l'autre sont prioritaires (Giami, 2015, 2016; Gruskin *et al.*, 2019; Starrs et Anderson, 2015). Le concept de santé sexuelle n'est cependant que rarement abordé par les organisations internationales, si ce n'est que pour traiter d'ITSS, laissant place à un inconfort individuel et collectif, ainsi qu'une stigmatisation de la sexualité (Starrs et

⁴ L'OMS définit la santé sexuelle comme étant « fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles [...] . La santé sexuelle, lorsqu'elle est considérée de manière positive, s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. » (OMS, 2022)

Anderson, 2015). Au début des années 2000, le concept de santé sexuelle a été opérationnalisé en termes de pratiques cliniques et de santé publique, faisant émerger, entre autres, la notion de droits sexuels (Fortenberry, 2013; Giami, 2015, 2016). Cette réflexion en termes de droits déplace l'accent porté uniquement sur la santé reproductive pour se concentrer plutôt sur les aspects globaux de la santé sexuelle (Fortenberry, 2013; Giami, 2015, 2016). Par exemple, en 1995, l'un des paragraphes du document du *Beijing Platform for Action from the Fourth World Conference on Women* s'avère être un point tournant politique international en ce qui concerne les droits sexuels des femmes en affirmant ceci :

Les droits fondamentaux des femmes comprennent leur droit de décider librement et de manière responsable sur toutes les questions liées à leur sexualité, sans contrainte, discrimination et violence. (Beijing Declaration and Platform for Action, cité dans Gruskin *et al.*, 2019, traduction libre, p.30)

Suivant l'adoption de cette déclaration par la Conférence de Beijing, celle sur les droits sexuels de la *World Association for Sexual Health* dresse le portrait d'une nouvelle perspective de droits sexuels où la santé sexuelle est dissociée de la santé reproductive (Giami, 2015; Starrs et Anderson, 2015; Turner, 2020). L'accent est mis sur l'hypothèse que la santé sexuelle repose sur le respect des droits sexuels et humains (Fortenberry, 2013; Starrs et Anderson, 2015). Cette nouvelle perspective des droits sexuels a permis de légitimer des actes et des relations sexuelles non reproductives, telles les relations sexuelles entre personnes de même sexe, les relations non conjugales, la lutte contre les violences perpétrées envers les femmes et celle contre les discriminations envers les personnes de la diversité sexuelle et la pluralité des genres (Fortenberry, 2013; Giami, 2016). D'ailleurs, Turner (2020) montre que cette perspective des droits sexuels a permis d'adopter une vision holistique de la santé sexuelle, incluant la diversité sexuelle, au sein des services sociaux et de la santé. Cette perspective se reflète par la reconnaissance des droits à la santé sexuelle de chaque

individu et à l'accès à des professionnel.le.s de la santé sexuelle qualifié.e.s (Turner, 2020).

Dans le cadre de cette étude, la santé sexuelle est « [d]écentrée de la notion de risque et de pathologie » (Delebarre, 2019, p.98). Elle met l'accent « sur le bien-être émotionnel, physique et mental des individus en favorisant l'accès aux droits à une sexualité épanouie, dans une approche positive et sécuritaire où les questionnements identitaires et l'approche systémique ont toute leur place » (Delebarre, 2019, p.98). Cette définition fait mention des droits à une sexualité positive et met l'accent sur les influences des systèmes de soins sur la santé sexuelle d'un individu.

3.2 Le concept de fluidité sexuelle chez les femmes

Dans les années 1970 et 1980, quelques études ont été menées sur les expériences sexuelles de femmes hétérosexuelles avec des femmes, sur les comportements sexuels bisexuels de femmes et sur les expériences sexuelles de femmes s'identifiant comme non hétérosexuelles (Diamond, 2008). Selon Diamond (2008), c'est dans ces mêmes années que la fluidité sexuelle chez les femmes est abordée d'un point de vue politique par Adrienne Rich par son « continuum lesbien » (traduction libre, p.3). Le continuum de Rich passe d'une relation purement affective à une relation purement sexuelle (Diamond, 2008). Ce constat décrit la possibilité que, indépendamment de l'expérience affective ou sexuelle vécue, les femmes ont la capacité de vivre différents types d'intimité et d'érotisme avec des femmes (Diamond, 2008).

Plus récemment, c'est Diamond (2008), avec son étude longitudinale de dix ans auprès d'environ 100 jeunes femmes, qui a mis de l'avant le concept de la fluidité sexuelle en documentant les expériences diversifiées des femmes. Diamond (2008) remet en question les hypothèses dominantes qui tentent de réduire l'orientation sexuelle à un « trait stable et permanent qui réglera ses fantasmes, ses attirances amoureuses et

sexuelles tout au long de sa vie » (p.2). Bien au contraire, Diamond (2008) documente, à partir d'un vaste échantillon de femmes, le fait que l'attrance sexuelle n'est pas une réalité statique. Bien que ce phénomène de la fluidité sexuelle chez les femmes ait été démontré par différentes études scientifiques, Diamond (2008) suggère que ce fait scientifique n'a pas encore pénétré la conscience populaire. Diamond (2008) propose de s'intéresser au vécu et aux pratiques sexuelles des femmes, nonobstant les explications des déterminants de la fluidité sexuelle ou de l'orientation sexuelle :

Tenter d'identifier spécifiquement le pourcentage de provenance de la génétique et celui des déterminants de l'environnement de n'importe quel phénomène, dont la sexualité entre des personnes du même sexe, est aussi aberrant que de tenter de séparer les ingrédients constituant un gâteau cuit (traduction libre, Diamond, 2008, p.240).

La fluidité sexuelle des femmes est définie, par Diamond (2008, 2016), comme une capacité de variation quant à la réactivité sexuelle et au désir sexuel avec une personne selon le contexte, la période de temps et les événements. La fluidité sexuelle peut prendre différentes formes : 1) des configurations non exclusives dans l'attrance sexuelle (communément appelées « la bisexualité »); 2) un changement longitudinal dans l'attrance sexuelle; 3) l'inconsistance entre l'attrance sexuelle, les comportements sexuels et l'identité sexuelle (Diamond, 2016; Diamond *et al.*, 2019). Cette fluidité peut s'articuler par des changements sur le plan de l'orientation sexuelle autodéfinie et rapportée, des attirances et des comportements sexuels des femmes (Albarracin *et al.*, 2015; Diamond, 2000, 2008). En d'autres termes, l'orientation sexuelle auto-identifiée ne peut pas être systématiquement la référence pour en savoir plus sur les attirances et les expériences sexuelles des individus, dont les femmes (Diamond, 2008, 2016). Des études plus récentes indiquent que les trois dimensions de l'orientation sexuelle, soit l'auto-identification, les attirances et les comportements sexuels, doivent être traitées de façon indépendante en raison notamment de la fluidité sexuelle (Beaulieu-Prévost et Fortin, 2015; Copen *et al.*, 2016; Diamond, 2016; Kinnish *et al.*, 2005; Ybarra *et al.*, 2016).

Dans le cadre de ce mémoire, le concept de fluidité sexuelle chez les femmes est mobilisé afin de prendre une distance avec des indicateurs statiques, comme l'orientation sexuelle perçue ou auto-identifiée, qui traduisent une réalité trop fixe des expériences sexuelles, tel que documenté ailleurs (Copen *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Delebarre, 2019; Diamond, 2000, 2008, 2016; Jara Schoch, 2016; Pasquier et Richard, 2016; Ottavioli, 2019; Richard, 2019; Rouanet, 2018; Ybarra *et al.*, 2016). De cette façon, le concept de fluidité sexuelle permet de tenir compte des comportements sexuels déployés par les FARSAF, tout en reconnaissant leur variation d'attirance sexuelle selon le contexte, le temps et les événements. Dans ce mémoire, le concept de fluidité sexuelle vise à offrir aux FARSAF une meilleure prise en charge de la part des professionnel.le.s afin, ultimement, d'améliorer leur santé sexuelle.

3.3 Le concept de l'approche inclusive comme stratégie d'éducation à la sexualité

D'abord mise de l'avant dans le champ de la pédagogie, l'approche inclusive a ensuite été utilisée, dans le milieu scolaire, comme stratégie d'éducation à la sexualité. Plusieurs études suggèrent l'importance de cette approche pour l'intervention en santé sexuelle auprès des FARSAF.

3.3.1 L'évolution des approches d'éducation à la sexualité au Québec

Au Québec, entre les années 1980 et 2000, les apprentissages en éducation à la sexualité étaient réalisés par le biais du programme « Formation personnelle et sociale » pour, ensuite, être abordés comme compétences transversales dans une diversité de cours et une diversité de partenaires impliqué.e.s au sein de l'école (Gouvernement du Québec, 2003, 2020a). Dans la plupart des milieux scolaires, l'éducation à la sexualité s'est concentrée sur un modèle sanitaire préventif mettant l'accent sur les risques inhérents de la sexualité, par exemple la possibilité de contracter des ITSS, de vivre une grossesse ou de la violence dans des relations interpersonnelles

(Richard, 2019). Ce type de modèle ne tente pas explicitement de freiner les comportements sexuels, bien qu'il puisse véhiculer une vision négative de la sexualité en l'associant aux risques inhérents à une vie sexuelle active (Richard, 2019). De plus, les notions de diversité des corps, des orientations et des comportements sexuels y sont peu ou n'y sont pas du tout abordées comme contenus d'apprentissages (Richard, 2019).

3.3.1.1 Vers une approche globale de l'éducation à la sexualité

Depuis les années 2000, les apprentissages en éducation à la sexualité déployés au Québec s'inscrivent surtout dans une approche globale (Gouvernement du Québec, 2018, 2020a). Cette approche implique non seulement d'aborder les thèmes liés à l'anatomie, à la reproduction et aux ITSS, mais aussi des « contenus qu'on pourrait juger plus proches des préoccupations des jeunes, tels que la masturbation et les relations amoureuses » (Richard, 2019, p.36). L'approche globale met l'accent sur l'intégrité corporelle et traite de la sexualité comme partie intégrante d'une vie saine. Or, cette approche aborde peu certains sujets, dont l'orientation sexuelle ou la diversité des pratiques sexuelles (Gouvernement du Québec, 2018; Richard, 2019).

En parallèle à l'approche globale, il y a aussi l'approche inclusive qui a émergé comme conception de l'éducation à la sexualité. Provenant du champ de la pédagogie, l'approche inclusive est apparue dans le milieu scolaire pour s'adapter à la diversité et favoriser l'équité des chances des élèves (Potvin, 2014). À la suite d'un consensus relatif, l'approche inclusive en éducation est implantée par les membres des milieux éducatifs parmi plusieurs modèles et perspectives, dont l'approche interculturelle et des perspectives antiracistes. L'approche inclusive réussit à percer dans le milieu scolaire, car elle s'inscrit dans une conception globale où il y a une prise en compte des « besoins, des expériences et réalités différenciés [de chacun.e] dans une perspective d'équité et de justice » (Potvin, 2014, p.186). Selon Descheneaux *et al.* (2018), une approche inclusive d'éducation à la sexualité doit tenir compte « de la diversité des

expériences, des vécus et des identités en matière de sexualité » (p.12). L'approche inclusive considère les individus comme cela :

des sujets divers, aux expériences multiples qui sont toutes valides et méritent le respect. Conséquemment, le matériel [utilisé] doit refléter la diversité des possibilités et expériences et ne pas être uniquement ou majoritairement centré sur une norme dominante par défaut. De même, les modalités d'intervention de façon plus large [...] doivent intégrer cette perspective d'inclusion. (Descheneaux *et al.*, 2018, p.12).

De son côté, Richard (2019) mentionne qu'une éducation à la sexualité inclusive doit être en mesure d'aborder le sexe, le genre et l'orientation sexuelle d'un individu comme des composantes distinctes de son identité. Comme il n'y a pas nécessairement de lien entre ces composantes, il existe une multiplication de configurations identitaires qui sont normales et valides (Richard, 2019). En indiquant qu'une éducation à la sexualité inclusive « devrait non seulement considérer l'existence d'une diversité d'expériences et d'identités, mais aussi les valoriser » (Richard, 2019, p.121), l'approche inclusive permet d'aborder la question de la fluidité sexuelle chez les femmes. D'ailleurs, il est reconnu que l'éducation à la sexualité inclusive favorise la reconnaissance de la diversité des parcours de vie, des expériences et de l'identité sexuelle des individus (Richard, 2019).

3.3.2 Les caractéristiques de l'approche inclusive en contexte de soins de santé sexuelle

L'étude de Berrut (2016), visant à comprendre les expériences, les représentations et les attentes des femmes cisgenres lesbiennes quant à leur suivi gynécologique, a fait émerger « trois étapes pour l'intégration d'une question sur l'orientation sexuelle ou le sexe des partenaires en consultation » (p.71). Selon les gynécologues interviewé.e.s, malgré la possibilité qu'il y ait un malaise de part et d'autre ou que les questions traitant

de sexualité soient mal perçues, il convient de

[c]omprendre que poser ce genre de question est à la fois important et acceptable, de trouver une formulation qui convienne à la fois aux [professionnel.le.s] et aux patientes et de pratiquer jusqu'à ce que cette question soit complètement intégrée et devienne une habitude. (Berrut, 2016, p.71)

Nombre d'études s'intéressant aux femmes de la diversité sexuelle mettent de l'avant leurs besoins ou leurs attentes envers les professionnel.le.s de la santé (Berrut, 2016; Chamberland et Puig, 2016; Eguavoen, 2015; Jara Schoch, 2016; Logie *et al.*, 2015; Pasquier et Richard, 2016). Pour ce faire, il doit y avoir l'acquisition de connaissances, ainsi que la transformation des attitudes et des habiletés (Potvin, 2014). Dans ce contexte, l'approche inclusive, comprenant les connaissances, les attitudes et les habiletés inclusives et culturellement appropriées, s'avère un concept important pour le développement de l'atelier de sensibilisation au cœur de ce mémoire (Jara Schoch, 2016; Potvin, 2014). L'approche inclusive est mise de l'avant afin de tenter de répondre aux besoins et aux attentes des femmes de la diversité sexuelle envers les professionnel.le.s de la santé (Berrut, 2016; Chamberland et Puig, 2016; Eguavoen, 2015; Jara Schoch, 2016; Logie *et al.*, 2015; Pasquier et Richard, 2016; Potvin, 2014). Ainsi, les professionnel.le.s de la santé ont été invité.e.s à participer à un atelier de sensibilisation visant à ce qu'elles et ils adoptent une approche inclusive envers les usagères potentiellement FARSAF.

En résumé, trois concepts ont été retenus pour le développement, l'animation et l'évaluation de l'atelier de sensibilisation, soit celui de la santé sexuelle, de la fluidité sexuelle et de l'approche inclusive. Le chapitre suivant détaille la méthodologie de recherche déployée pour le développement, l'animation et l'évaluation de l'atelier de sensibilisation.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre décrit la méthodologie utilisée dans ce mémoire. La première section traite de la planification de programmes de sensibilisation et de promotion de la santé qui a permis de guider la démarche méthodologique. Les autres sections décrivent systématiquement les étapes qui ont mené au développement, à l'animation et à l'évaluation de l'atelier de sensibilisation. La dernière section met de l'avant les considérations éthiques de ce mémoire.

4.1 La planification de programmes de sensibilisation et de promotion de la santé comme démarche méthodologique

La planification de programmes de promotion de la santé est un outil essentiel pour développer et évaluer des stratégies d'intervention (Renaud et Lafontaine, 2011). Le modèle de Bartholomew *et al.* (2016), intitulé l'Intervention ciblée (IC), constitue l'assise méthodologique qui a orienté le développement, l'animation et l'évaluation de l'atelier de sensibilisation visant à favoriser l'approche inclusive sur la santé sexuelle des FARSAF. Le modèle de planification de l'IC s'appuie sur une perspective écologique (Bartholomew *et al.*, 2016) qui a comme objectif d'améliorer et de maintenir la qualité de vie et le bien-être des personnes (Renaud et Lafontaine, 2011). Inspiré par cette perspective écologique, le modèle de l'IC considère que la santé se détermine par diverses conditions et à travers les actions des acteur.trice.s qui

interagissent les un.e.s avec les autres, tout en positionnant l'être humain au centre de ces interactions (Bartholomew *et al.*, 2016; Bronfenbrenner, 1979; Renaud et Lafontaine, 2011). D'après ce modèle, la visée d'un programme est de favoriser les changements souhaités dans l'état de santé, la qualité de vie, les comportements des individus et les conditions environnementales. Pour ce faire, ce modèle s'appuie sur six étapes dépendantes les unes des autres : (1) l'analyse des besoins; (2) la création d'une matrice d'objectifs; (3) la sélection d'une théorie et des pratiques qui en découlent pour favoriser des méthodes de changement; (4) la conception et l'organisation du programme; (5) l'implantation du programme et (6) l'évaluation du programme. À titre informatif, un atelier de sensibilisation est constitué, tout comme un programme, d'activités s'adressant à des participant.e.s pour une durée d'environ 3 heures (Elminowski, 2015). L'atelier de sensibilisation constitue une version simplifiée et plus courte d'un programme, tel que considéré par Bartholomew *et al.* (2016).

4.2 Le développement de l'atelier de sensibilisation : un processus collaboratif

Le développement de l'atelier de sensibilisation s'est appuyé sur quatre des six étapes du modèle de l'IC de Bartholomew *et al.* (2016) dont les deux étapes intermédiaires (2 et 3) ont été fusionnées : 1) l'analyse des besoins réalisée à l'aide d'une recension des écrits sur la gestion de la santé sexuelle des FARSAF; 2) la création de la matrice d'objectifs et la sélection des dimensions théoriques; 3) le processus de construction de l'atelier de sensibilisation incluant notamment la mise en place d'un comité consultatif; 4) le développement dudit atelier.

4.2.1 L'analyse des besoins : une recension des écrits sur la gestion de la santé sexuelle des FARSAF et de l'approche des professionnel.le.s dans le réseau de la santé et des services sociaux

En s'inspirant de la première étape de l'analyse des besoins du modèle de l'IC de Bartholomew *et al.* (2016), une recension d'articles, de rapports et d'ouvrages

scientifiques, tels que des thèses et mémoires universitaires, a été effectuée. En raison de contraintes de temps et de faisabilité, il a été décidé, pour ce projet de mémoire, de réaliser une analyse des besoins uniquement à partir de la littérature scientifique, sans aller questionner directement la population ciblée sur leurs réalités et les défis rencontrés. Si Bartholomew et al. (2016) reconnaissent l'importance d'obtenir des informations de première main auprès des groupes de personnes qui seront visées par l'intervention, ils soulèvent toutefois la complexité en termes de temps, d'argent et d'efforts à déployer ce type de démarche. Les biais de cette démarche sont d'ailleurs soulevés et discutés dans la section sur les limites du mémoire.

La recension des écrits a porté sur deux principaux thèmes : 1) la gestion de la santé sexuelle des FARSAF en contexte de soins (incluant les soins de première ligne et les soins gynécologiques); 2) les connaissances, les attitudes et les habiletés des professionnel.le.s dans ces contextes de soins envers les FARSAF. Entre 2017 et 2020, les bases de données consultées sont les suivantes : Archipel, Erudit, Google Scholar, PsycINFO, PudMed, SAGE Journal, ScienceDirect, SpringerLink, SCOPUS (Elsevier API) et Taylor and Francis Online. Les mots-clés suivants ont été utilisés : FARSAF, FSF, lesbienne*, bisexuelle*, santé sexuelle, accès aux services, WSW, lesbian*, bisexual* et health practitioner. Également, une appropriation de la documentation gouvernementale, telle que le Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie et la transphobie 2017-2022, a servi à contextualiser les besoins sociaux émergents lors du développement de l'atelier de sensibilisation (Gouvernement du Québec, 2017).

Cette recension des écrits dresse un portrait des femmes de la diversité sexuelle, comprenant les FARSAF, ainsi qu'un portrait de la prise en charge déficiente de leur santé sexuelle. La recension a contribué à en apprendre davantage sur l'approche inclusive, qui devrait notamment être adoptée par les professionnel.le.s de la santé, afin de contrer les barrières à l'accès aux services de santé sexuelle chez les FARSAF. Cette

analyse a permis de déterminer les lacunes en termes d'interventions en santé sexuelle envers les FARSAAF. De plus, les recommandations énoncées au sein des travaux scientifiques ont été considérées et ont servi à développer un atelier de sensibilisation des plus approprié pour répondre aux besoins de ces deux populations. À ce sujet, dans les écrits scientifiques, les besoins et attentes identifiés par les FARSAAF sont vastes et nombreux. Pour le développement de l'atelier de sensibilisation, il a donc fallu circonscrire le type de professionnel.le.s visé, soit celles et ceux qui ont une pratique axée sur la santé sexuelle, notamment celle des FARSAAF cisgenres. Cette recension des écrits a donné lieu à l'écriture du chapitre sur l'état des connaissances de ce mémoire.

Concernant les connaissances à posséder en tant que professionnel.le de la santé, les principaux besoins et attentes identifiés par les FARSAAF s'articulent autour de trois dimensions : 1) la non-présomption de l'hétérosexualité; 2) la reconnaissance de la possibilité de la fluidité sexuelle; 3) l'éducation à la sexualité concernant la santé sexuelle des FARSAAF. Ensuite, il ressort dans les écrits scientifiques trois besoins ou attentes des femmes de la diversité sexuelle concernant les attitudes et les habiletés des professionnel.le.s : 1) une attitude ouverte, respectueuse et empathique; 2) une communication explicite, c'est-à-dire avec des termes bien définis, qui est inclusive ou neutre; 3) une pratique équitable où règne le consentement libre et éclairé, notamment en ce qui concerne tout geste ou manipulation, de nature intime ou non.

Tableau 4.1 Synthèse des besoins et attentes identifiés par les FARSAF envers les professionnel.le.s de la santé sexuelle

Composantes de l'approche inclusive	Besoins et attentes identifiés par les FARSAF, adressés aux professionnel.le.s de la santé sexuelle
Connaissances	1) non-présomption de l'hétérosexualité 2) reconnaissance de la possibilité de la fluidité sexuelle 3) éducation à la sexualité concernant la santé sexuelle des FARSAF
Attitudes et habiletés	1) attitude ouverte, respectueuse et empathique 2) communication explicite, c'est-à-dire avec des termes bien définis, qui est inclusive ou neutre 3) pratique équitable où règne le consentement libre et éclairé, notamment en ce qui concerne tout geste ou manipulation, de nature intime ou non.

4.2.2 La matrice d'objectifs et la sélection des dimensions théoriques

Afin de répondre aux deuxième et troisième étapes du modèle de l'IC de Bartholomew *et al.* (2016), une matrice d'objectifs a été rédigée à partir des déterminants personnels de l'approche de Schwarzer (2016) du processus d'action en santé (voir appendice A). Plus globalement, plusieurs théories sociocognitives présument que l'intention de changer s'avère le meilleur prédicteur du changement réel, alors qu'il est rare que les gens se comportent conformément à leurs intentions (Schwarzer et Luszczynska, 2008). L'intention d'une personne est déterminée par ses croyances et ses attitudes (Fishbein et Ajzen, 1975), mais elle est aussi influencée par certains prédicteurs, tels que les normes sociales, la vulnérabilité personnelle et l'auto-efficacité perçue (Schwarzer et Luszczynska, 2008). L'auto-efficacité perçue se définirait comme le fait de croire en sa capacité de modifier, d'adapter ou d'adopter un comportement (Schwarzer et Luszczynska, 2008). L'auto-efficacité perçue s'arrime avec les attentes positives en matière de résultats, contribuant toutes deux à façonner ou confirmer une

intention (Schwarzer et Luszczynska, 2008). Pour ce mémoire, l'approche de Schwarzer (2016) a été utilisée afin de répondre au caractère évolutif des objectifs de performance, ainsi que pour le choix de certains déterminants personnels et externes de la matrice. La matrice d'objectifs de cet atelier de sensibilisation a donc été développée en prenant en considération que l'acquisition de connaissances, d'attitudes et d'habiletés, combinée à l'intention d'offrir une pratique professionnelle inclusive et à l'auto-efficacité perçue, peut mener à l'adoption et au maintien de comportements durables.

À l'approche de Schwarzer (2016) vient s'ajouter le modèle des comportements interpersonnels de Triandis (1977), afin de justifier le choix de déterminants personnels et externes utilisés dans la matrice d'objectifs (voir appendice B). Le modèle de Triandis (1977, cité dans Godin, 1991) ne met pas de côté l'intention comme prédicteur de comportement, mais ajoute « la force de l'habitude devant un comportement donné » (p.80) ainsi que « la présence de conditions qui facilitent ou nuisent à l'adoption du comportement » (p.80). Selon Triandis (1977, cité dans Godin, 1991) les éléments qui sous-tendent l'intention sont les composantes cognitive et affective, les déterminants sociaux ainsi que la norme morale personnelle. D'abord, la composante cognitive « est le résultat d'une analyse personnelle et subjective des avantages et désavantages » (p.82) « qui constitue le premier facteur affectant l'intention d'une personne » (p.82) à adopter ou non un comportement (Triandis, 1977, cité dans Godin, 1991). La composante affective est la réponse émotionnelle par rapport au fait d'adopter le comportement susmentionné (p. ex. « plaisant ou déplaisant, amusant ou ennuyeux, etc. ») (Triandis, 1977, cité dans Godin, 1991, p.82). Les déterminants sociaux représentent notamment les croyances des individus, dont celle envers la pertinence d'un comportement donné à l'intérieur d'un groupe. Il s'agit du « résultat d'une analyse personnelle et subjective de l'opinion de certaines personnes ou de certains groupes de personnes spécifiques par rapport à un comportement potentiel » (Triandis, 1977, cité dans Godin, 1991, p.83). En d'autres mots, est-ce que les individus

croient pertinent ou non, selon leur analyse personnelle et subjective, d'adopter un comportement dans un tel milieu? Le dernier facteur qui exerce une influence sur les intentions de la personne est la norme morale personnelle, soit l'évaluation personnelle du sentiment d'obligation d'adopter ou non un comportement, en excluant les opinions des autres (Triandis, 1977, cité dans Godin, 1991). La norme morale personnelle émerge des croyances et des principes personnels à chaque individu (Triandis, 1977, cité dans Godin, 1991).

Compte tenu de ce qui précède, la planification stratégique auprès des professionnel.le.s de la santé s'est élaborée à partir de déterminants personnels et externes afin de modifier leurs intentions et leurs comportements (Godin, 1991; Schwarzer et Luszczynska, 2008). Dans la matrice d'objectifs (voir annexe A), ces déterminants comprennent l'acquisition de connaissances sur la fluidité sexuelle des usagères, le développement d'attitudes positives concernant la fluidité sexuelle chez les femmes, la prise de conscience de leurs normes morales personnelles quant à l'adoption d'une approche inclusive dans leurs interventions auprès des FARSAF et leurs perceptions des normes sociales, notamment la remise en question de l'hétéronormativité. Finalement, l'acquisition d'habiletés, chez les professionnel.le.s, qui sont adaptées aux besoins des usagères ayant des comportements sexuels fluides sert de renforcement positif avant, pendant et après leurs interventions. Cet apport positif aux professionnel.le.s de la santé vise à favoriser l'évaluation de leur sentiment d'auto-efficacité perçue envers leurs habiletés à exécuter une action (Schwarzer, 2016). Ainsi, leurs chances de répéter des comportements adéquats et adaptés aux usagères sont augmentées (Schwarzer, 2016). Pour ce qui est des déterminants externes, le soutien social, comprenant le soutien des collègues et des institutions de soins, ainsi que l'accès aux ressources (affiches, informations, etc.), ont été ciblés comme des sources d'influence chez les professionnel.le.s de la santé (Godin, 1991; Schwarzer, 2016). En effet, l'environnement exerce un rôle facilitateur ou fait barrière à certains

comportements chez les professionnel.le.s de la santé envers leurs usagères (Godin, 1991; Schwarzer, 2016).

Par le choix de l'ensemble de ces déterminants personnels et externes qui s'appuient sur l'analyse des besoins effectuée, des objectifs de performance adressés aux professionnel.le.s ont été rédigés dans la matrice afin d'organiser le processus de changement (voir annexe A). L'objectif général de cet atelier de sensibilisation est de soutenir la réflexion des professionnel.le.s de la santé du CCSMTL quant à l'approche inclusive sur la santé sexuelle des FARSAF. Les trois objectifs de performance de la matrice proposée sont les suivants : 1) reconnaître la possibilité de la présence de fluidité sexuelle chez les usagères; 2) comprendre la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF; 3) questionner, de manière inclusive, les usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter les actions pour l'intervention.

4.2.3 Le processus de construction de l'atelier de sensibilisation par la mise en place d'un comité consultatif

Pour la quatrième étape du modèle de l'IC de Bartholomew *et al.* (2016), le contenu de l'atelier de sensibilisation, soit le déroulement des activités, les messages éducatifs et le matériel pédagogique, a été développé avec la contribution d'un comité consultatif. Initialement, ce projet voulait s'inspirer du « triangle de velours » (Woodward, 2004, 2015) en mettant sur pied un comité consultatif formé de personnes membres issues de la politique, de la société civile et de la recherche. Dans le modèle original de Woodward (2015), l'une des pointes du triangle représente la politique (les connaissances procédurales), une autre pointe évoque la société civile (les connaissances issues de la base) et la dernière pointe représente la recherche (les connaissances scientifiques) (Paternotte, 2012; Picq, 2014). En travaillant ensemble, ces trois sphères d'implication, représentées par le « triangle de velours », ont favorisé l'essor du mouvement en faveur de l'égalité des hommes et des femmes, telle

qu'initialement nommée (Guerrina, 2019; Picq, 2014; Woodward 2004, 2015). Pour l'atelier de sensibilisation, il était souhaité de conjuguer les connaissances de professionnel.le.s de la santé (société civile), les données scientifiques (recherche) et les directives ministérielles (politique).

Ancré dans une démarche de recherche collaborative (Blangy *et al.*, 2010; Gélinau *et al.*, 2012), ce projet de mémoire a inclus des personnes concernées par la recherche dans son comité consultatif pour travailler à la construction et au déploiement de l'atelier de sensibilisation. Ce comité était constitué de quatre personnes provenant du milieu de la recherche et de l'intervention qui avaient des connaissances sur les barrières à l'accès aux services de santé sexuelle auxquels sont confrontées les FARSAF afin de valoriser une approche interdisciplinaire. Parmi ses membres, il y avait Suzie Bordeleau (elle) qui est travailleuse sociale et formatrice au Centre de Solidarité Lesbienne; Gabriel Girard (il) qui est sociologue et chargé de recherche à l'Institut national sur la santé et la recherche médicale (Inserm) à Marseille; Philippe-Benoit Côté (il) qui est professeur au département de sexologie de l'UQAM et directeur de mémoire de l'étudiante; Line Chamberland (elle), professeure retraitée au département de sexologie de l'UQAM, ancienne titulaire de la Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres et co-directrice de l'étudiante. L'invitation à devenir membre de ce comité consultatif a été envoyée par courriel à l'été 2019, y compris à des personnes travaillant au sein du RSSS afin de respecter le plus fidèlement possible le « triangle de velours ». Or, aucune personne du RSSS n'a pas pu se libérer afin de participer à ce comité. Deux rencontres en présentiel, d'une durée de deux heures, ont eu lieu à l'automne 2019. Chaque rencontre était précédée de l'envoi d'un ordre du jour et de différents documents de travail concernant l'atelier de sensibilisation. Des commentaires constructifs ont été émis tout au long des deux rencontres afin de faire évoluer le développement du matériel et du contenu de l'atelier. Les deux rencontres se sont déroulées dans le calme et l'harmonie. Tous les membres avaient la possibilité de s'exprimer et un climat de respect régnait lors de chaque

séance. En somme, les échanges en présentiel se sont avérés particulièrement fructueux pour le développement de l'atelier.

En termes de contenu, les principaux concepts ayant été retenus pour l'atelier de sensibilisation sont les suivants : les FARSAF, la santé sexuelle, l'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles, la fluidité sexuelle et l'approche inclusive. Dans le cadre de cet atelier, le concept d'orientation sexuelle a été utilisé pour expliquer aux professionnel.le.s que l'auto-identification d'une personne (p. ex. lesbienne, bisexuelle, hétérosexuelle) n'est pas nécessairement en adéquation avec ses pratiques sexuelles, notamment en ce qui a trait au sexe du ou des partenaires sexuel.le.s (Beaulieu-Prévost et Fortin, 2015; Copen *et al.*, 2016; Gouvernement du Québec, 2019; Ybarra *et al.*, 2016). En termes d'outils, un cahier d'animation et un PowerPoint adapté au contenu de l'atelier ont été développés. Outre l'introduction et la conclusion, l'atelier de sensibilisation est constitué de cinq principales activités : 1) FAR - Quoi?; 2) Femmes au pluriel; 3) Questionnons nos questionnements; 4) Inclus-moi dans ton approche; 5) La réponse dépend de la question.

Tableau 4.2 Caractéristiques des activités de l'atelier de sensibilisation

Titre de l'activité	Objectif spécifique de l'activité	Stratégie.s pédagogique.s
1) FAR-Quoi?	Reconnaître la possibilité de la présence de fluidité sexuelle chez les usagères	<ul style="list-style-type: none"> • Remue-ménages
2) Femmes au pluriel	Reconnaître la possibilité de la présence de fluidité sexuelle chez les usagères	<ul style="list-style-type: none"> • Classification • Plénière
3) Questionnons nos questionnements	Comprendre la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction • Plénière
4) Inclus-moi dans ton approche	Comprendre la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF	<ul style="list-style-type: none"> • Exposé magistral • Plénière
5) La réponse dépend de la question	Questionner, de manière inclusive, les usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter leurs actions pour l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction • Plénière

Les stratégies pédagogiques mises de l'avant dans l'atelier de sensibilisation sont le remue-méninges, la classification et la rédaction effectuées à partir des mises en situation, l'exposé magistral pour expliciter certaines informations statistiques, ainsi que la plénière pour le retour sur les activités réalisées et pour favoriser la réflexion des professionnel.le.s. Un total de huit annexes accompagne le cahier d'animation permettant aux participant.e.s de réaliser les activités. Aussi, parmi ces annexes se trouve un outil distribué aux participant.e.s dudit atelier leur proposant des idées et des exemples de questions inclusives.

4.3 L'animation de l'atelier de sensibilisation : une démarche soutenue par le milieu

En cohérence avec la cinquième étape du modèle de l'IC Bartholomew *et al.* (2016), l'animation de l'atelier de sensibilisation s'est effectuée avec l'aide du milieu d'intervention ciblé, soit le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Suite à une rencontre avec la directrice adjointe du volet 1ère ligne à la Direction des services professionnels du CCSMTL, son appui au projet a grandement aidé au recrutement grâce à ses contacts avec les directions de programme. Quelques échanges de courriels avec les personnes directrices de ces services ont permis de planifier la date, le lieu et la modalité, c'est-à-dire en une ou deux séances en présentiel, de l'atelier de sensibilisation.

4.3.1 Les personnes ciblées par l'atelier de sensibilisation : des professionnel.le.s de la santé du CCSMTL

Le projet était initialement prévu pour les professionnel.le.s de la santé et des services sociaux, ce qui a été modifié en rencontre de comité consultatif pour qu'il s'adresse plutôt uniquement aux professionnel.le.s de la santé. Ce choix a été justifié à partir du fait que les professionnel.le.s des services sociaux n'abordent pas la santé sexuelle des femmes en termes de dépistage des ITSS ou de risques pour leur santé reproductive,

mais prennent plutôt en charge ou traitent les aspects psychologiques et sociaux relativement à la santé des individus (Bourque, 2004). Après avoir établi que l'atelier était plus adéquat pour des professionnel.le.s de la santé, les critères d'inclusion établis et acheminés lors de l'invitation à l'atelier de sensibilisation étaient les suivants :

- 1) être un.e professionnel.le œuvrant dans le milieu de la santé du CCSMTL (p. ex. médecin, résident.e en médecine, infirmier.ère, infirmier.ère praticien.ne spécialisé.e);
- 2) travailler, entre autres, au maintien ou à l'amélioration de la santé sexuelle des femmes cisgenres;
- 3) comprendre et savoir communiquer en français (voir annexe B).

Il était attendu qu'entre huit à douze professionnel.le.s de la santé participeraient à l'atelier de sensibilisation. Malgré ces critères d'inclusion, deux participant.e.s issues des services sociaux se sont ajouté.e.s lors de l'animation de l'atelier. Dans la volonté de ne pas transgresser la confidentialité des participant.e.s professionnel.le.s pendant l'atelier, ces résultats ne sont ressortis qu'à la lecture des fiches sociodémographiques de ces deux professionnel.le.s. Comme ces participant.e.s ont participé à l'atelier, leurs réponses aux questionnaires ont été incluses dans l'analyse des résultats.

4.3.2 L'animation de l'atelier de sensibilisation : deux groupes avec deux formules d'animation différentes

L'atelier a été présenté à deux reprises, et ce, à deux groupes différents de professionnel.le.s issus du secteur « Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc » (Gouvernement du Québec, 2020b). Le premier groupe de professionnel.le.s a participé à l'atelier sous la formule de deux rencontres d'une heure et demie, les 12 et 26 février 2020. Ce premier groupe était constitué de neuf professionnel.le.s, dont huit ont répondu aux formulaires d'évaluation. En effet, un.e professionnel.le n'a participé qu'à la première rencontre, ce qui l'excluait de toutes les modalités d'évaluation subséquentes. Le deuxième groupe de professionnel.le.s a participé à l'atelier de sensibilisation sous la formule d'une rencontre de trois heures, le 3 mars 2020. Ce groupe comprenait quatre professionnel.le.s, dont trois ont répondu aux

questionnaires. À ce sujet, avant même d'entreprendre l'animation, la quatrième personne, faisant partie de la gestion du personnel, a demandé à participer à l'atelier de sensibilisation, sans toutefois répondre aux évaluations en raison de son statut, ce qui a été accepté. Une autre animation avait été prévue, avec un troisième groupe, dans le secteur « Verdun, Côte Saint-Paul, Ville-Émard, Saint-Henri, Petite-Bourgogne et Griffintown » (Gouvernement du Québec, 2020b). Or, cette animation a été annulée dû à la situation liée à la COVID-19 qui a monopolisé les professionnel.le.s dans des tâches d'urgence sanitaire.

4.4 L'évaluation de l'atelier de sensibilisation : une démarche qualitative

Pour répondre à la sixième étape du modèle de l'IC de Bartholomew *et al.* (2016), une démarche d'évaluation qualitative auprès des professionnel.le.s a été mise sur pied afin de documenter leur appréciation de l'atelier de sensibilisation, leurs pistes d'amélioration des activités et les effets perçus de l'atelier de sensibilisation sur leur pratique professionnelle. Il y a un consensus quant au fait que l'évaluation représente une étape cruciale du processus d'élaboration d'une formation; une étape qui est trop souvent mise de côté (Hababa, 2020). Selon Hababa (2020), l'évaluation peut mesurer l'efficacité d'une formation de deux façons, soit par l'atteinte de ses objectifs ou par l'effet qu'elle produit en termes de modifications des performances. L'évaluation d'une formation doit non seulement mettre l'accent sur la description de son efficacité, mais aussi sur ses forces et ses limites, sur la coordination de ses différents segments, ainsi que sur ses interactions (Hababa, 2020). Ainsi, même si l'évaluation de la satisfaction après la formation demeure la plus pratiquée, elle est dépourvue de données sur le transfert des connaissances auprès des professionnel.le.s, c'est-à-dire sur les effets de la formation sur la pratique professionnelle. C'est à partir de cette volonté d'évaluer le processus de mise à l'essai de l'atelier de sensibilisation que la démarche qualitative a été mobilisée dans ce mémoire. En sciences humaines, la méthodologie qualitative

permet de « comprendre les phénomènes sociaux, soit des groupes d'individus ou des situations sociales » (Poisson, 2011, p.12) selon « la réalité sociale telle qu'elle est vraiment vécue et perçue par les sujets ou telle qu'elle se déroule dans les institutions étudiées » (Poisson, 2011, p.14). Ainsi, la méthodologie qualitative permet de recueillir des « explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local » (Miles et Huberman, 2003, p.11). Les données qualitatives, dans ce cas-ci les mots, révèlent des éléments concrets et évocateurs pour la majorité des lecteurs et lectrices, notamment les personnes décideuses du RSSS (Miles et Huberman, 2003).

4.4.1 Le processus de collecte de données

Le processus de collecte de données s'est effectué par la distribution de questionnaires à questions ouvertes à deux moments différents. Le questionnaire postatelier n°1 a été distribué, en format papier, à la fin de l'animation de l'atelier. Il est constitué de trois questions portant sur les connaissances, les attitudes et les habiletés antérieures des participant.e.s préalablement à l'atelier de sensibilisation. Le questionnaire comprend également six questions sur la satisfaction des participant.e.s par rapport à l'atelier (voir annexe C), traitant des aspects positifs de l'atelier, de la réponse qu'il apporte à leurs besoins et de leur perception de l'utilité de l'atelier par rapport à leur pratique professionnelle. Des questions sur l'amélioration de l'atelier de sensibilisation ont aussi été posées (p. ex. ajouts de contenus ou d'activités), en vue d'éventuellement offrir une deuxième édition de cette formation. Une fois le questionnaire postatelier n°1 complété par chacun.e des participant.e.s, le tout a été remis dans une enveloppe afin d'assurer la confidentialité des données récoltées. Le questionnaire postatelier n°2 a été mis en ligne grâce au logiciel Lime Survey en date du 24 avril 2020, soit près de deux mois après leur participation à l'atelier de sensibilisation. Ce questionnaire est constitué de sept questions sur les effets perçus de l'atelier de sensibilisation sur la pratique professionnelle des participant.e.s, notamment sur leur perception de l'utilité de l'atelier et leur aisance à aborder la santé sexuelle des FARSAF (voir annexe D).

L'utilisation du terme « effets perçus » signifie l'existence d'un antécédent, plus ou moins implicite, à un résultat et n'implique pas de causalité (Miles et Huberman, 2003, p.246). Aussi, une question a été posée concernant les défis rencontrés quant à la mise en pratique des habiletés apprises durant l'atelier de sensibilisation relativement à l'approche inclusive. Une fois complété, les participant.e.s devaient transmettre le questionnaire postatelier par le biais du logiciel. Le changement du format papier à celui qui est électronique, justifié par l'arrivée de la COVID-19, a fait en sorte de diminuer le temps nécessaire au complètement de ce deuxième questionnaire. Toutefois, il est possible de croire que la situation liée à la pandémie a été une contrainte au complètement du questionnaire postatelier n°2, puisque neuf participant.e.s sur les onze ont complété ce deuxième questionnaire.

4.4.2 Les caractéristiques des professionnel.le.s évalué.e.s

Le tableau 4.3 présente les informations sociodémographiques des participant.e.s de l'atelier de sensibilisation. Sur les 13 participant.e.s, un total de onze professionnel.le.s a complété au moins le premier questionnaire d'évaluation. L'âge des participant.e.s varie de 25 à 52 ans, avec une moyenne d'âge de 32 ans. Huit des participant.e.s se sont identifiés comme femmes et trois comme hommes. Le premier cycle universitaire est le dernier niveau d'études complété pour huit d'entre elles et eux, alors que deux ont complété le deuxième cycle universitaire et un.e participant.e a complété le deuxième cycle universitaire en plus d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.). La majorité des participant.e.s sont des infirmier.ère.s (n=7), mais il y a aussi deux médecins en résidence et deux professionnel.le.s des services sociaux (travail social et psychologie). Concernant le nombre d'années d'emploi au sein du CCSMTL, deux participant.e.s y travaillent depuis moins d'un an, six participant.e.s depuis un à trois ans et trois d'entre elles ou eux depuis plus de onze ans. Le nombre d'années d'expérience professionnelle au sein du CCSMTL, notamment avec les FARSAF, varie aussi de moins d'une année à plus de 17 années, tout en prenant en

considération la ou le participant.e qui indique ne pas exercer son travail auprès des FARSAF. Trois participant.e.s ont déjà suivi une formation sur la diversité sexuelle ou de genre, alors que huit d'entre elles ou eux en sont à leur première formation sur le sujet.

Tableau 4.3 Caractéristiques de l'échantillon (n=11)

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 25-52 ans • Moyenne : 32 ans
Identité de genre	<ul style="list-style-type: none"> • Féminin/femme (8) • Masculin/homme (3)
Dernier niveau d'études complété	<ul style="list-style-type: none"> • Université 1^{er} cycle (8) • Université 2^e cycle (2) • Université 2^e cycle + D.E.S.S. (1)
Profession	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier.ère (7) • Médecin en résidence (2) • Professionnel.le.s en services sociaux (2)
Nombre d'années d'emploi au sein du CCSMTL	<ul style="list-style-type: none"> • Moins d'un an (2) • 1 à 3 ans (6) • 4 ans à 10 ans (0) • 11 ans et plus (3)
Nombre d'années de travail auprès des FARSAF	<ul style="list-style-type: none"> • Moins d'un an (1) • 1 à 3 ans (5) • 4 ans à 10 ans (2) • 11 ans et plus (2) • N/A (1)
Participation à une formation antérieure sur la diversité sexuelle et de genre	<ul style="list-style-type: none"> • Non (8) • Oui (3)

4.4.3 L'analyse des données

L'analyse des données s'est effectuée « selon la démarche décontextualisante-recontextualisante du corpus » de Tesch (1990). D'abord, la décontextualisation consiste en l'extraction du matériel de son contexte, soit les réponses écrites des participant.e.s dans chacun des questionnaires, pour le réorganiser de façon transversale en grandes thématiques appuyées par les thèmes des questionnaires (Tesch, 1990). Ensuite, il y a eu une codification du matériel par l'extraction des noyaux de sens de chacune des réponses des participant.e.s. Par la suite, la recontextualisation a permis de réorganiser les noyaux de sens pour créer des catégories conceptualisantes, c'est-à-dire des descriptions analytiques succinctes visant à désigner le plus fidèlement possible l'orientation générale des messages livrés par les participant.e.s. La comparaison entre les thématiques a permis de regrouper certaines catégories conceptualisantes et ainsi mieux qualifier les catégories. Dans les résultats, le nombre de participant.e.s ayant mentionné les catégories conceptuelles est présenté entre parenthèses. Finalement, la recontextualisation a permis de créer quatre catégories conceptualisantes intelligibles et porteuses de sens (Tesch, 1990). Toutes ces catégories conceptuelles ont émergé directement des écrits des participant.e.s. Tout au long du processus d'analyse, plusieurs consultations entre l'étudiante et la direction du mémoire ont permis d'assurer la rigueur de la démarche empirique ainsi que la rigueur, dans la mesure du possible, des critères de scientificité d'une méthodologie qualitative tels que la crédibilité des données du point de vue des participant.e.s, la fiabilité et l'objectivité des résultats (Dubois et Marceau, 2005; Ghesquière *et al.*, 2004; Laperrière, 1997; Lincoln et Guba, 1985; Paillé et Muchielli, 2012; Pelletier et Pagé, 2002; Poisson, 2011). Aussi, ces consultations ont permis de s'assurer de la validité des codes et des catégories proposés, en plus d'amener un raffinement des catégories conceptuelles finales.

Dans le cadre de ce mémoire, la saturation, quelle soit empirique ou théorique, des données n'a pas été atteinte puisque peu de professionnel.le.s ont participé à l'atelier

de sensibilisation et que leur profil était diversifié. Plus spécifiquement, la saturation empirique implique que les données ne génèrent plus de nouveaux thèmes ou de nouveaux codes et, ce faisant, elle permet la reproductibilité de l'étude (Guest *et al.*, 2006; Pires, 1997). Pour sa part, la saturation théorique implique une absence de nouvelles particularités, de nuances ou de points divergents entre les participant.e.s.

4.5 Les considérations éthiques

Avant de former le comité consultatif, cette recherche a d'abord reçu l'approbation du Comité éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique (CÉR-DIS) du CCSMTL (N° de certificat : DIS 1920-07) (voir annexe E). Ce projet de recherche a ensuite reçu l'approbation du Comité éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM (CERPÉ FSH) (N° de certificat : 3316) (voir annexe F). Par la suite, conformément aux exigences des comités éthiques, les membres du comité consultatif ont dû signer un formulaire d'engagement à la confidentialité pour conserver l'anonymat des professionnel.le.s ciblé.e.s et la confidentialité de toutes informations par rapport à ces personnes (voir annexe G).

Avant de débiter l'animation de l'atelier de sensibilisation et la signature du formulaire de consentement (voir annexe H), les considérations éthiques, telles que la participation libre et volontaire, la confidentialité et l'anonymisation des données dans la diffusion des résultats, ont toutes été présentées et expliquées aux participant.e.s. L'explication des principes éthiques a été répétée avant chacun des questionnaires, à l'oral ou à l'écrit, afin que les participant.e.s consentent de façon éclairée à participer au projet. Concernant le complètement du questionnaire postatelier n°2, en raison de la pandémie de la COVID-19, une demande de modification au comité d'éthique du CCSMTL a été transmise afin d'approuver le changement de la méthode d'envoi. La modification

proposée au comité éthique concernait donc la demande d'envoi du questionnaire aux participant.e.s par l'entremise du logiciel Lime Survey, afin de le substituer au format papier en ces temps de pandémie. Lors de l'analyse des données, toutes les caractéristiques pouvant mener à l'identification des participant.e.s (p. ex. leur lieu de travail) ont été modifiées. Aussi, les noms de toutes les personnes participantes ont été remplacés par un code anonyme numérique, tel que « n°1 ».

En résumé, la compréhension de la planification de programme de sensibilisation et de promotion de la santé a permis de développer un atelier de sensibilisation, et ce, en collaboration avec un comité consultatif. Par la suite, ledit atelier a été implanté auprès des professionnel.le.s, un processus soutenu par les directions de programme du CCSMTL. Un processus d'évaluation qualitative a permis de constater la satisfaction des participant.e.s quant à l'atelier de sensibilisation et aux effets perçus sur leur pratique professionnelle. En terminant, les considérations éthiques ont été nommées en toute transparence. Suivront les résultats de cette évaluation par les participant.e.s de l'atelier de sensibilisation.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'évaluation de l'atelier de sensibilisation réalisée à partir des questionnaires qualitatifs postatelier complétés par onze professionnel.le.s de la santé et des services sociaux. Les analyses ont permis d'identifier quatre catégories conceptuelles : 1) des connaissances préalablement acquises concernant la fluidité sexuelle et l'approche inclusive; 2) l'atelier renforce une approche inclusive dans la pratique professionnelle des participant.e.s; 3) la majorité des participant.e.s a une appréciation globalement positive de l'atelier; 4) des défis sont rencontrés lors de la mise en pratique des acquis et des suggestions sont amenées pour l'amélioration de l'atelier.

5.1 Des connaissances préalablement acquises concernant la fluidité sexuelle et l'approche inclusive

De façon générale, les participant.e.s disent déjà posséder certaines connaissances théoriques quant à la fluidité sexuelle, et ce, avant même d'avoir participé à l'atelier de sensibilisation. Une grande partie des participant.e.s mentionne reconnaître l'importance de la fluidité sexuelle pour des interventions inclusives et sensibles en rapport avec la diversité sexuelle des usagères. D'ailleurs, même si la plupart des professionnel.le.s croient avoir une approche inclusive avec les usagères, elles et ils

conviennent de la pertinence théorique de l'atelier de sensibilisation afin de promouvoir cette approche dans le RSSS.

5.1.1 Même si la fluidité sexuelle est déjà connue, cette notion est jugée utile pour la mise en place d'une approche sensible à la diversité sexuelle

Avant même leur participation à l'atelier de sensibilisation, les participant.e.s (10) disent considérer la notion de fluidité sexuelle pour le déploiement d'une approche sensible aux réalités diverses des FARSAF. Dans leurs témoignages, elles et ils (6) indiquent que la notion de fluidité sexuelle leur sert d'outil d'intervention pour mieux accompagner les usagères FARSAF dans leurs besoins en créant un climat de confort et de sécurité lors des discussions. Avant même l'atelier, ces participant.e.s expliquent qu'elles et ils étaient déjà sensibilisé.e.s au fait que la reconnaissance de la fluidité sexuelle constitue un outil qui favorise la création d'un lien de confiance. Selon les participant.e.s, la reconnaissance de la fluidité sexuelle encourage l'ouverture et la divulgation d'informations personnelles de la part des usagères FARSAF. Voici comment un.e participant.e décrit la pertinence d'être sensibilisé.e à la fluidité sexuelle :

Permet une ouverture des patients plus facile car sentiment de sécurité/confort de leur part. Permet une ouverture plus rapide des patients sur leur sphère sociale et sur les éléments touchant leur santé sexuelle [...] [p]ermet d'adapter mon questionnaire afin de rendre mes patients plus à l'aise lors des discussions face à la prévention/promotion santé sexuelle.
(n°5)

De façon plus concrète, certain.e.s participant.e.s (5) disent que la prise en considération de la fluidité sexuelle leur permet de rompre avec les préjugés et les étiquettes associés à l'orientation sexuelle. Le concept de fluidité sexuelle permet de ne pas tenir pour acquises les pratiques sexuelles des usagères sur la base de la présentation de soi ou de stéréotypes de genre. Selon elles et eux, il s'agit d'un concept qui reconnaît l'indépendance de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et des

pratiques sexuelles. Pour quelques professionnel.le.s, la référence à la notion de fluidité sexuelle leur permet de considérer un plus vaste éventail de pratiques sexuelles. D'après un.e participant.e, ce concept prend toute sa pertinence dans un contexte social marqué par la diversité relationnelle, sexuelle et de revendications.

Ne pas assumer qu'une personne s'identifiant avec une orientation sexuelle "X" a nécessairement des pratiques sexuelles qui sont concordantes maintenant ou à différents moments dans sa vie. Ainsi mes questions n'utilisent pas les étiquettes [liées] à l'orientation sexuelle. (n°10)

À l'ère où les modèles relationnels et les mouvements d'affirmation sont en expansion, il importe d'être familiarisé avec le concept de fluidité sexuelle afin de mieux comprendre autrui. (n°7)

Malgré le fait que deux participant.e.s mentionnent ne pas avoir entendu le terme de fluidité sexuelle avant l'atelier, elles et ils disent cependant que les attirances et les pratiques sexuelles peuvent être dynamiques dans le temps. Selon elles et eux, l'apprentissage de ce concept théorique permet de nommer, voire de rendre visible, une réalité qui tend à être plus connue, notamment chez les femmes :

Ne connaissant pas le concept de fluidité, je ne me questionnais pas sur ce principe. [...] Je suis consciente que le comportement / l'attirance sexuelle peut changer dans le temps. (n°12)

5.1.2 De façon générale, les participant.e.s faisaient déjà preuve d'ouverture, d'intérêt et de non-jugement à l'égard de la fluidité sexuelle des FARSAF

La majorité des participant.e.s (7) affirme avoir démontré une attitude d'ouverture face à la fluidité sexuelle avant même leur participation à l'atelier de sensibilisation. Selon elles et eux, cette ouverture se reflète dans leur pratique professionnelle qui tend à être inclusive. Par exemple, certains participant.e.s disent utiliser des questions ouvertes afin de favoriser le confort des usagers à discuter de certains sujets permettant de mieux comprendre leur santé sexuelle. Sans réelle divulgation de la part des femmes, ces participant.e.s ne prennent pas pour acquis qu'elles ont une sexualité exclusivement

hétérosexuelle. Selon elles et eux, cette attitude d'ouverture serait bénéfique à la consultation médicale, comme peuvent en témoigner ces extraits :

Questions ouvertes afin que la femme se sente confortable à me donner les informations pertinentes en lien avec ses pratiques sexuelles et sa santé sexuelle. (n°10).

[...] je tente d'être la plus inclusive possible dans mon questionnaire pour les ITSS. Je demande systématiquement aux patientes si elles ont des RS avec des hommes, des femmes ou les deux. (n°12)

Une attitude d'ouverture face à une femme ayant un intérêt de relations avec autres femmes (et/ou hommes) sans jugement. Le fait de ne pas se sentir juger amène à une relation intervenant/patient(e) beaucoup plus saine + aidante. (n°2)

Certain.e.s participant.e.s (2) disent être très sensibilisé.e.s à la diversité sexuelle et la pluralité des genres, puisqu'elles et qu'ils s'intéressent depuis plusieurs années, à titre professionnel, à ces enjeux.

Je m'intéresse depuis quelques années à la question de diversité des genres et des sexes en général dans le contexte des consultations en santé sexuelle. (n°3)

L'un.e de ces participant.e.s émet une critique quant à l'hétérosexisme présent dans les services sociaux et le système d'éducation des cycles supérieurs. En réaction à la majorité hétéronormative, ce.tte participant.e stipule faire preuve d'une attitude d'ouverture et de reconnaissance de la pluralité des identités. Selon ce.tte participant.e, l'approche diffère entre les services médicaux et les services sociaux. L'approche privilégiée par les services sociaux permet de poser des questions ouvertes, ce qui augmente la possibilité pour la personne de se confier au professionnel.le.

[J'ai une attitude] très ouverte. J'effectue moi-même un projet de recherche en lien avec la santé mentale chez les hommes gais. En tant que doctorant en psychologie clinique, j'ai été surpris par le manque de formation que

nous recevons en lien avec la prise en charge d'individus qui ne font pas partie de la majorité hétéronormative. Étant conscient de cette limite, je tente de demeurer ouvert et conscient de la pluralité des identités. (n°6)

Par ailleurs, trois participant.e.s indiquent que l'atelier de sensibilisation leur a fait réaliser qu'ils et qu'elles manquaient d'ouverture à l'égard de la diversité sexuelle. Par exemple, certain.e.s ont réalisé qu'ils et qu'elles ne posaient pas de questions explicites aux femmes quant à leur santé sexuelle. Bien qu'elles et ils avaient la volonté d'avoir une attitude inclusive, ces dernier.ère.s ont pris connaissance qu'elles et ils n'y étaient pas parvenu.e.s dans le cadre de leur pratique professionnelle. Le motif évoqué par les participant.e.s concernait leur manque de connaissances sur les FARSAF ou sur les enjeux auxquels elles peuvent être confrontées dans les services.

Avant l'atelier, je n'étais pas au courant de la proportion de femmes s'identifiant comme lesbiennes ou bisexuelles qui a ou avaient eu des relations sexuelles avec des hommes. (n°7)

Attitude d'ouverture mais peut-être eu aussi un manque de connaissances [à propos] de leurs difficultés vécues dans le monde de la santé (ex. : moins de consultations). (n°9)

5.1.3 Des participant.e.s jugent avoir une approche inclusive avant de participer à l'atelier de sensibilisation

La majorité des participant.e.s (6) disent avoir déjà adopté une approche relativement inclusive par rapport à la diversité sexuelle et la pluralité des genres avant leur participation à l'atelier de sensibilisation. Une partie des participant.e.s affirme communiquer avec un langage inclusif et considérer les besoins des individus lors des interventions. Si certain.e.s participant.e.s (3) mobilisent une communication inclusive avec toutes les usagères, indépendamment de leurs caractéristiques et de leurs besoins, d'autres (3) disent plutôt mettre en place ce type de communication avec les femmes considérées comme potentiellement FARSAF afin de contribuer au lien de confiance façonné par des attitudes de respect et d'accueil. Selon les participant.e.s, les

connaissances, les outils et les techniques offerts dans l'atelier de sensibilisation permettent de bonifier et de renforcer l'importance de déployer une approche inclusive.

Avant l'atelier, j'avais déjà développé des habiletés communicationnelles inclusives avec tous, incluant les FARSAF, étant sensible aux réalités de tout un chacun. (n°7)

De plus, un petit nombre de participant.e.s (2) juge leur approche comme insuffisamment inclusive. À ce propos, durant l'atelier de sensibilisation, ces deux participant.e.s se sont questionné.e.s sur certains enjeux concernant non seulement les FARSAF, mais les structures du réseau de soins et de services sociaux, voire même leur propre pratique professionnelle. Par exemple, ces participant.e.s ont soulevé certaines questions : les FARSAF sont-elles absentes des services ou sont-elles occultées par les protocoles et les attitudes discriminatoires des professionnel.le.s ?

En faisant partie de cette formation, j'ai réalisé que nos questions de dépistage lors de pap test étaient plutôt générales et ne permettaient pas aux FARSAF de s'ouvrir sur leur orientation ou comportements sexuels. Ceci faisait en sorte que je ne posais pas les bonnes questions pour permettre de faire un dépistage adéquat des FR [facteurs de risque]. Par exemple, lors d'un pap test, je n'avais pas questionné la patiente sur son orientation sexuelle et je faisais le counseling sur la contraception, l'utilisation du condom et les FR jusqu'au moment où la patiente m'informe qu'elle est lesbienne, ce qui m'a pris au dépourvu. Je n'ai pas eu beaucoup de FARSAF lors de mes dépistages ITSS. (n°12)

5.2 L'atelier renforce une approche inclusive dans la pratique professionnelle des participant.e.s

Les participant.e.s considèrent que l'atelier de sensibilisation joue un rôle positif dans l'apprentissage d'une approche inclusive, à travers l'acquisition de connaissances, d'attitudes et d'habiletés inclusives. La plupart d'entre elles et eux mentionnent que l'atelier a renforcé ou initié, selon le cas, certains acquis quant à l'approche inclusive auprès des FARSAF. Même si la santé sexuelle n'est pas toujours abordée, ou, du

moins, pas dans une perspective sanitaire, les professionnel.le.s considèrent que cet atelier leur a permis de communiquer et d'échanger avec d'autres participant.e.s sur les moyens pour parvenir à adopter une approche inclusive.

5.2.1 Un atelier qui fait réfléchir sur la façon d'évaluer la santé sexuelle des FARSAF

La presque totalité des participant.e.s (10) rapporte que l'atelier de sensibilisation les a fait réfléchir, voire remettre en question, sur leur propre pratique professionnelle. La plupart ont mentionné leurs moins bons coups ou leurs limites professionnelles, souvent reliées à la norme sociale dominante de l'hétérosexualité ou des stéréotypes de genre. Le fait d'en avoir appris davantage sur les FARSAF a favorisé leur réflexion sur leurs interventions professionnelles antérieures.

Attitude compréhensive et ouverte mais parfois je conclusais trop rapidement sans avoir posé des questions explicites. [...] Bref, je me voulais ouverte mais [j']ai probablement sans le vouloir consciemment mis des étiquettes 'rigides' sur des personnes qui ne se définissaient pas uniquement de cette façon. (n°1)

Malgré mes efforts de ne pas assumer l'identité sexuelle de mes patientes, cela se produit parfois. Cet atelier m'a aidé à prendre un pas de recul par rapport à ma pratique et à ma façon d'aborder certains sujets. (n°6)

Certain.e.s d'entre elles ou eux ont même réfléchi aux limites des questionnaires d'anamnèse sexuelle et ont songé à des pistes de solution pour l'adaptation de ce genre d'outils institutionnels. Par exemple, un.e participant.e soulève le fait qu'elles et ils sont souvent plus sensibilisé.e.s aux risques associés à la santé sexuelle des FARSAF, ce qui fait qu'elles et qu'ils posent davantage de questions sur les pratiques sexuelles aux hommes qu'aux femmes. De ce fait, les participant.e.s réalisent que les FARSAF se retrouvent en quelque sorte occultées dans le questionnaire d'anamnèse sexuelle.

Je crois que mon questionnaire d'évaluation devra être revu pour mettre de l'avant l'approche inclusive. Je crois que toutes les questions sur les

comportements sexuels devraient être posées à n'importe quelle personne pour une évaluation plus complète. (n°13)

J'ai réalisé que j'avais une plus grande facilité dans mon questionnaire face aux HARSAH et que je posais potentiellement moins de questions sur les différentes pratiques sexuelles des FARSAF. Les statistiques montrées lors de la formation sont très révélatrices face aux pratiques sexuelles. [...] [Cet atelier] m'a permis de réfléchir davantage face à mon questionnaire face aux FARSAF que je vais maintenant détailler davantage. (n°5)

Aussi, des participant.e.s soulèvent que la caractéristique de l'âge est porteuse d'une certaine gêne à aborder la santé sexuelle. En effet, lors des conversations pendant l'animation de l'atelier, certain.e.s participant.e.s ont mentionné qu'il était plus confrontant de traiter de santé sexuelle avec une femme plus âgée compte tenu du contexte sociohistorique religieux et conservateur dans lequel elles sont nées. Bien que l'atelier ne traite pas de cet aspect précis, la caractéristique de l'âge est ressortie chez un.e participant.e comme un apprentissage acquis lors de l'atelier de sensibilisation :

Cela va me permettre de modifier la façon dont je pose mes questions (ex. : quelles sont vos pratiques sexuelle) et d'être plus inclusive pour la clientèle de tous les groupes d'âge. (n°9)

5.2.2 Un atelier qui renforce l'importance d'une posture d'ouverture et qui encourage la mise en place d'une approche inclusive dans la pratique professionnelle

La totalité des participant.e.s (11) indique que l'atelier de sensibilisation a renforcé l'importance d'une posture d'ouverture et d'accueil à la diversité sexuelle afin de permettre aux FARSAF de s'exprimer librement sur leur santé sexuelle. Bien que l'atelier ait proposé des stratégies pour adopter une approche inclusive, les participant.e.s mettent de l'avant leurs propres moyens pour y parvenir, tels que l'utilisation d'un vocabulaire inclusif, le recours à des questions ouvertes et le fait de ne pas prendre pour acquis les comportements sexuels des femmes. L'humilité,

l'écoute et la sensibilité sont aussi des caractéristiques ressorties pour adopter une posture d'ouverture envers les FARSAF.

Cela m'a confirmé qu'il faut avoir une attitude d'ouverture devant chaque usagère que nous rencontrons et être sensible à chaque information qu'elle nous donne afin d'avoir une évaluation adéquate de ses risques et de ses besoins en matière de santé sexuelle. (n°10)

Une large majorité de participant.e.s (8) révèle que l'approche inclusive s'est avérée utile à leur pratique professionnelle, ce qui leur a procuré un sentiment de compétence. Par exemple, l'un des extraits dénote un affinement chez l'un.e des participant.e.s de sa pratique professionnelle par la mise en place d'outils supplémentaires concrétisant une approche inclusive. Un.e autre participant.e témoigne, pour sa part, d'effets positifs perçus sur ses usagères à la suite de l'atelier de sensibilisation.

J'ai eu une interaction particulièrement positive pendant laquelle l'usagère a souligné s'être sentie plus à l'aise étant donné que j'avais employé un vocabulaire plus inclusif dans mes questions (n°1)

Mes récentes interactions professionnelles avec les usagères ont grandement bénéficié de l'approche plus inclusive acquise au travers des ateliers. Initialement plus maladroit, j'ai réussi à inclure le questionnaire travaillé en groupe lors de l'atelier à ma pratique. (n°7)

5.2.3 Un atelier qui améliore les connaissances des participant.e.s quant aux réalités des FARSAF et à la fluidité sexuelle

Les participant.e.s (5) jugent que l'atelier de sensibilisation favorise l'acquisition de connaissances sur les réalités des FARSAF. Selon elles et eux, la population des FARSAF est méconnue comparativement aux HARSAH. Il est également mentionné que l'atelier de sensibilisation permet de développer des connaissances sur la stigmatisation et la discrimination vécues par les FARSAF, dont les

micro agressions⁵ vécues au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

J'ai déjà participé à plusieurs ateliers/formations semblables, mais portant sur les HARSAH. J'étais donc déjà sensible à l'importance de maintenir une posture inclusive afin d'éviter de délégitimer la réalité des minorités sexuelles. Toutefois, un atelier portant sur la réalité des FARSAF me semblait tout à fait complémentaire et essentiel. (n°6)

Je crois que j'ai pris plus conscience des enjeux de société en lien avec FARSAF. Comme mentionné dans la littérature, elles sont souvent un peu " oubliées ", mais elles demeurent aussi importantes. (n°13)

Deux participant.e.s affirment que cet atelier permet l'acquisition de connaissances sur la fluidité sexuelle et la diversité sexuelle. Ces participant.e.s semblent avoir apprécié la distinction entre l'orientation sexuelle auto-identifiée et les comportements sexuels, car cela illustre l'éclatement des carcans sociaux, comme l'indique ce.tte participant.e :

La notion d'orientation était très intéressante, car il s'agit en fait d'une question de perception et tout part de la personne en soi et non des normes sociétales. (n°4)

5.2.4 Un atelier qui favoriserait l'intégration d'une approche inclusive dans les milieux de soins par l'échange avec d'autres participant.e.s sensibilisé.e.s

Près de la moitié des participant.e.s (5) reconnaît que l'atelier pourrait améliorer la pratique professionnelle de leurs collègues en les outillant à mieux utiliser l'approche inclusive lors de leurs interventions. Selon elles et eux, l'atelier pourrait leur servir de « porte d'entrée » pour sensibiliser leurs collègues aux enjeux touchant les FARSAF. Un.e participant.e croit même que cet atelier permettrait de changer l'ouverture de son milieu de travail, voire des institutions de la santé et des services sociaux, à la diversité

⁵ Les micro agressions constituent des interactions verbales ou physiques subtiles, et souvent inconscientes. Même en l'absence d'intentions malicieuses, ces commentaires ou ces gestes demeurent hostiles ou péjoratifs (Gouvernement du Canada, 2020). Le terme de « micro agressions » fait référence aux affronts quotidiens et aux insultes que les personnes issues d'un groupe minoritaire subissent et que la plupart des gens du groupe dominant ne remarquent pas ou ne prennent pas au sérieux (Sue, 2010).

sexuelle. Ce.tte participant.e reconnaît le potentiel de sensibilisation des exercices proposés dans le cadre de l'atelier pour rendre la pratique professionnelle de l'équipe de sa clinique médicale plus inclusive.

Je crois que cet atelier sera une porte d'entrée pour en parler avec mes collègues et ainsi les sensibiliser à la réalité FARSAF. [...] Cela a confirmé que mon approche était adéquate et m'encourage à continuer d'avoir une approche d'ouverture et aussi encourager mes collègues à faire de même. (n°10)

Je crois que cet atelier a été très utile. + connaissances et les histoires de cas, les exemples et les discussions. Cela amène à poursuivre les discussions entre intervenants et fait place à + ouverture des valeurs de notre clinique. (n°2)

5.2.5 Pour certain.e.s participant.e.s, leur pratique professionnelle n'a pas été modifiée par l'atelier en raison d'une sensibilisation préalable à l'approche inclusive ou pour des raisons contextuelles

Certain.e.s participant.e.s (4) rapportent que leur pratique professionnelle n'a pas été modifiée par l'atelier en raison d'une sensibilisation préalable à l'approche inclusive ou à des enjeux contextuels. Concrètement, presque le quart des participant.e.s indique que l'atelier leur a permis de confirmer qu'elles et ils avaient une approche inclusive, et ce, même avant d'y assister. Un.e participant.e indique qu'elle ou il était déjà conscient.e des réalités vécues par les FARSAF, et ce, même si la santé sexuelle ne fait pas partie prenante de ses interventions professionnelles :

Je dirais que j'étais déjà très sensibilisé aux FARSAF. Pour ce qui est de leur santé sexuelle, cela n'a pas d'impact en lien avec ma pratique. (n°4)

Deux participant.e.s ont vu leur pratique professionnelle en santé sexuelle perturbée par la pandémie de la COVID-19. Attitré.e à d'autres tâches dans leur milieu, ces professionnel.le.s n'ont pas eu l'occasion de s'entretenir avec des femmes sur d'autres aspects que celui de la COVID-19 dans leur point de service. Le fait qu'elles et ils aient

eu un temps limité pour se pratiquer à intervenir selon l'approche inclusive avec les femmes peut expliquer, selon elles et eux, leur moins grande aisance à cet égard.

À cause de la COVID, je n'ai pas eu la possibilité d'appliquer mes nouvelles connaissances. Je crois avoir besoin d'autres consultations en santé sexuelle pour me sentir complètement à l'aise. (n°12)

5.3 La majorité des participant.e.s a une appréciation globalement positive de l'atelier

Les participant.e.s témoignent d'une appréciation positive de l'animation, du format et des activités de l'atelier de sensibilisation. Selon eux et elles, cet atelier constitue un matériel pertinent pour leur pratique professionnelle. Cette appréciation positive se traduit d'ailleurs par une reconnaissance de la pertinence d'offrir cet atelier à l'ensemble des professionnel.le.s du RSSS.

5.3.1 Une appréciation positive de l'animation, du format et des activités de l'atelier : un matériel pertinent pour leur pratique professionnelle

La plupart des participant.e.s (9) ont apprécié l'animation, particulièrement le choix et l'importance accordée à la démarche participative par la personne animatrice. Selon les participant.e.s, l'animation participative et l'attitude d'ouverture de la personne animatrice par rapport aux dialogues a donné l'occasion de discuter et de réfléchir collectivement sur les sujets de la fluidité sexuelle et des FARSAF. Les participant.e.s disent que cette atmosphère d'ouverture a favorisé le partage et l'appropriation des astuces de chacun.e concernant la façon d'approcher inclusivement les FARSAF lors des interventions :

Très intéressant. Animatrice sympathique avec un grand souci d'inclure les participants. (n°3)

Les discussions que nous avons eues en sous-groupe de même qu'en grand groupe. (n°4)

Elle [La personne animatrice] posait de bonnes questions et nous laissait interagir avec nos collègues. (n°13)

Plus de la moitié des participant.e.s (7) a également souligné l'énergie, l'enthousiasme et la rigueur de l'animation. La personne animatrice ne s'est pas présentée comme étant experte de l'anamnèse sexuelle associée aux FARSAF. Selon leurs témoignages, elle n'avait pas l'intention d'imposer une quelconque manière de travailler aux participant.e.s, mais bien de soulever des enjeux présents dans les écrits scientifiques afin de susciter la réflexion critique. De plus, si elle ne savait pas la réponse à une question, les participant.e.s ont dit qu'elle faisait preuve d'honnêteté en spécifiant sa méconnaissance quant à ce sujet.

Bonne animation de l'atelier, on voit qu'il s'agit d'un sujet qui passionne l'étudiante. (n°4)

L'ouverture et l'humilité de la formatrice. (n°6)

L'animatrice présente sa démarche de façon claire et rigoureuse, démontrant un souci méthodologique. [...] En somme, l'animatrice se démarquait par une bonne compréhension du contenu et une excellente capacité de vulgarisation. (n°7)

En ce qui concerne le format de l'atelier, les deux formules (une seule rencontre de trois heures ou deux rencontres d'une heure et demie) proposées ont satisfait l'ensemble des participant.e.s. Ces dernier.ère.s (4) soulignent l'importance de déployer un atelier bref, et ce, indépendamment de la formule choisie. Plus spécifiquement, certain.e.s participant.e.s (3) indiquent que la formule de deux rencontres d'une heure et demie leur a offert un temps de réflexion et de mise en pratique des acquis qui a été grandement apprécié.

Le fait de faire l'atelier en deux temps est intéressant, car il permet de mettre certaines choses en place. (n°4)

La longueur de l'atelier était parfaite. (n°13)

Au sujet des activités proposées, la majorité des participant.e.s (8) souligne leur diversité comme un élément positif de l'atelier. L'éventail d'activités permet d'acquérir des connaissances pour le développement de l'approche inclusive. Pour près de la moitié des participant.e.s (5), les études de cas sont considérées comme étant utiles à l'apprentissage, puisqu'elles ont une réelle pertinence à la fois théorique et terrain. Selon leurs témoignages, les études de cas ont permis de mettre en lumière des réalités vécues par des FARSAF, mais qui peuvent être méconnues par certain.e.s professionnel.le.s. La discussion en groupe sur les études de cas a permis, selon les participant.e.s, de comprendre différents points de vue et d'intégrer certains concepts utiles à leur pratique professionnelle.

Les vignettes pratiques qui exposaient une belle diversité de scénarios possibles et qui mettaient en lumière quelles questions étaient réellement importantes dans l'évaluation des risques ITSS, au-delà des étiquettes d'orientation sexuelle. (n°10)

Les histoires de cas; pratico-pratique, permet de discuter et voir les différents points de vue de chacun. (n°2)

Pour certain.e.s participant.e.s (3), ce sont plutôt les exemples concrets de formulation de questions inclusives qui constituent les outils les plus pertinents de cet atelier. Il en va de même pour les critères de l'approche inclusive qui servent de référent théorique pour orienter la façon de formuler adéquatement des questions ouvertes et inclusives. Des suggestions de questions ouvertes et inclusives ont été émises durant l'atelier pour tenter d'outiller les participant.e.s pour la mise en application d'une approche inclusive, ce qui a été bien accueilli.

Les techniques d'entrevue et la formulation de questions plus inclusives ont été les volets les plus utiles à ma pratique. (n°7)

Deux participant.e.s ont aussi souligné l'apport du support visuel qui est considéré

comme succinct et organisé, comme en témoignent ces deux extraits :

Support visuel bien monté, sans trop de détails et bien circonscrit. (n°5)

PowerPoint très bien organisé. (n°13)

5.3.2 La totalité des participant.e.s recommande cet atelier de sensibilisation à leurs collègues du réseau de la santé et des services sociaux

La totalité des participant.e.s (11) recommande l'atelier de sensibilisation à leurs collègues. Plus précisément, plus de la moitié des participant.e.s (6) recommande l'atelier de sensibilisation à leurs collègues afin d'améliorer leur pratique professionnelle. Selon eux et elles, cet atelier de sensibilisation permettrait à l'ensemble des professionnel.le.s de bonifier leurs apprentissages et leur pratique professionnelle à l'égard de la diversité sexuelle. D'après leurs témoignages, le déploiement de cet atelier de sensibilisation dans le réseau de la santé et des services sociaux pourrait permettre aux personnes plus vulnérables de se sentir respectées et soutenues lors de leur prise de contact avec les professionnel.le.s. D'ailleurs, un.e participant.e recommande à l'ensemble de ses collègues d'assister à l'atelier de sensibilisation pour uniformiser les valeurs et les pratiques professionnelles au travail.

Je crois que n'importe quel professionnel en 1ère ligne aura la chance d'interagir à propos de la santé sexuelle dans sa pratique. Se sentir à l'aise + outillé permet de permettre aux gens + vulnérables d'avoir un accès aux soins et de se sentir respectés et soutenus. (n°13)

Je crois que tous devraient suivre cet atelier de sensibilisation; ceci développerait davantage de cohésion dans les valeurs humaines de la clinique ! (n°2)

De plus, près du quart des participant.e.s (3) recommande que cet atelier soit tout particulièrement présenté aux collègues qui sont moins sensibilisé.e.s à l'approche inclusive et aux réalités des FARSAF. D'ailleurs, certain.e.s d'entre elles et eux

soulèvent le fait qu'il manque de formations quant à l'ouverture à la diversité sexuelle dans les milieux d'enseignement des cycles supérieurs. Selon leurs réponses, il importe de prendre en considération les professionnel.le.s qui sont moins sensibilisé.e.s aux enjeux pouvant être vécus par les FARSAF, et ce, indépendamment de leur nombre d'années de pratique dans le domaine.

Je crois que cet atelier pourrait être très utile pour les professionnels de la santé, notamment ceux qui connaissent moins sur la fluidité sexuelle. L'atelier est une très bonne introduction à la matière. (n°6)

[...] je crois qu'il serait très bénéfique pour d'autres collègues d'être sensibilisés sur le sujet surtout qu'il y a peu d'information à ce sujet dans le curriculum de base à l'université. (n°5)

Finalement, deux participant.e.s recommandent l'atelier surtout pour leurs collègues qui travaillent en santé sexuelle auprès des femmes.

Oui ; Elle serait pertinente pour tous professionnels (médecin, infirmière, sage-femme, TS, etc.) qui ont questionné sur les pratiques sexuelles des femmes. (n°10)

5.4 Des défis sont rencontrés lors de la mise en pratique des acquis et des suggestions sont amenées pour l'amélioration de l'atelier.

Les participant.e.s rapportent certains défis rencontrés lors de la mise en pratique des acquis issus de l'atelier de sensibilisation. Ces défis ont d'ailleurs permis d'identifier, selon les témoignages des participant.e.s, des suggestions de modifications pour bonifier l'atelier de sensibilisation.

5.4.1 La majorité des participant.e.s soulèvent certains défis rencontrés lors de la mise en application des acquis dans leurs interventions

Près de la moitié des participant.e.s (5) révèle avoir de la difficulté à mettre en pratique les questions inclusives lors de leurs interventions. Pour trois participant.e.s, les anciens

acquis sur la binarité de l'orientation sexuelle ou l'impression que leurs questionnements seront mal perçus par les usagères nuisent à la formulation de questions inclusives. Malgré ces difficultés, les participant.e.s disent que l'atelier de sensibilisation leur a permis d'apprivoiser de nouvelles pistes de solution pour favoriser l'inclusion lors de leur pratique professionnelle.

Déconstruire les pratiques antérieures a été un défi, malgré mes connaissances antérieures et les nouvelles connaissances produites par l'atelier. (n°7)

Je trouve difficile de poser des questions aux patientes sans sembler poser de jugement sur leur orientation ou pratique sexuelle. Je dois encore pratiquer ma formulation, mais l'atelier m'a offert des pistes de solution. (n°12)

Également, certain.e.s participant.e.s (2) reconnaissent l'absence d'outils d'intervention quant aux enjeux touchant les personnes trans durant l'atelier de sensibilisation. Cette absence d'information sur les vécus sexuels des personnes trans constitue un besoin exprimé en termes de formation, car il s'agit d'une réalité avec laquelle elles et ils ont le plus de difficultés lors de leur pratique professionnelle.

L'atelier n'abordait pas particulièrement les réalités trans, mais pour moi, ce serait cet aspect que j'ai le plus de difficulté à intégrer à mes questions. (n°10)

D'autres (3) indiquent que les enjeux soulevés dans l'atelier de sensibilisation s'appliquent difficilement à leur réalité professionnelle. En effet, la santé sexuelle et les FARSAF sont des réalités qui sont soit peu couvertes dans leur pratique professionnelle ou, au contraire, qui sont déjà abordées sous un angle psychosocial à l'aide de questions ouvertes.

Aucun volet n'a été difficile à mettre en application. La partie portant sur le développement de questions précises et pointues par rapport aux nombre de partenaire.s, etc., était plus ou moins pertinente pour moi. En tant qu'intervenant psychosocial, une grande partie de ma formation a déjà été

dédiée à la formulation et l'utilisation de questions ouvertes. Il pourrait être pertinent de développer différents ateliers visant différentes gammes de professionnels de la santé. (n°6)

Tout ce qui a trait aux questions de santé sexuelle, car ce n'est pas forcément quelque chose de pertinent dans ma pratique. (n°4)

5.4.2 Des suggestions pour améliorer l'atelier de sensibilisation et le questionnaire

La grande majorité des participant.e.s (8) souhaiterait que du contenu empirique et théorique soit ajouté à l'atelier pour approfondir différents enjeux concernant la santé sexuelle des FARSAF, la diversité des genres ou des identités de genre ou que ce contenu soit approprié à la pratique des professionnel.le.s des services sociaux. Près de la moitié des participant.e.s (5) aurait aimé bénéficier davantage d'informations sur la santé sexuelle et les discriminations vécues par les FARSAF, comme un plus grand nombre de données statistiques, davantage d'information sur les facteurs de risque et plus de précisions sur les concepts mobilisés, soit l'hétérosexisme, l'hétéronormativité et la fluidité sexuelle. Près du quart des participant.e.s (3) désirait ajouter des informations sur les personnes trans, car, selon elles et eux, il s'agit d'une réalité méconnue par le milieu de l'intervention.

J'aurais apprécié que les enjeux discriminatoires fassent l'objet de davantage d'explications et de statistiques afin de comprendre plus en détails l'ampleur du phénomène. Mise en contexte plus détaillée présentant des statistiques et des concepts pour appuyer l'ampleur du phénomène. (n°7)

Homme/femme trans, Informations/formations sur femmes/hommes trans - > leurs besoins plus spécifiques par exemple. (n°2)

Pour les deux participant.e.s en services sociaux, il serait primordial de ne pas limiter l'atelier de sensibilisation uniquement aux enjeux sanitaires et médicaux des FARSAF, mais aussi d'ajouter des enjeux sur l'intervention sociale. Par exemple, il est suggéré d'intégrer les enjeux relatifs à la violence conjugale dans l'atelier afin de mieux outiller les participant.e.s quant aux aspects sociaux de la santé sexuelle chez les FARSAF.

Je pense qu'il pourrait être intéressant d'ajouter l'apport social à cet atelier. Il peut arriver de prendre pour acquis le genre d'un individu dans une dynamique de violence conjugale. L'aspect inclusif devient donc important tant dans le domaine de la santé que celui social. (n°4)

Formation qui prend en compte différents types de prise en charge (ex. : psychologue, travailleur social) plutôt que des prises en charge médicales uniquement. (n°6)

Plus de la moitié des participant.e.s (7) voudrait que l'atelier favorise une plus grande diversification des stratégies pédagogiques, dont l'ajout de témoignages, de jeux de rôles et de nouvelles technologies. Par exemple, deux participant.e.s proposent d'ajouter des témoignages de FARSAF ou de professionnel.le.s pour expliquer les situations vécues et leurs conséquences sur la santé des usagères. Ces témoignages serviraient à sensibiliser les participant.e.s à l'approche inclusive et à son impact positif sur leur pratique professionnelle.

Témoignage illustrant enjeux discriminatoires (expérience négative). Invitée pouvant témoigner expérience positive en matière approche inclusive. (n°1)

Inclure une infirmière pour parler des FR [facteurs de risque] pour les FARSAF au niveau des relations sexuelles et ce qui serait intéressant de faire comme dépistage. - Inclure une travailleuse sociale (ou psychologue) pour nous informer des répercussions psychologiques de la stigmatisation des FARSAF dans le milieu de la santé. Cela dit, je suis consciente que cet atelier est un travail de maîtrise et que les ressources sont limitées. (n°12)

Deux professionnel.le.s suggèrent l'ajout de jeux de rôles pendant l'atelier pour pratiquer, entre participant.e.s, leurs habiletés récemment acquises par rapport à l'approche inclusive. Pour leur part, deux professionnel.le.s voudraient qu'il y ait l'ajout de nouvelles technologies pour favoriser l'interactivité et rompre avec certaines stratégies pédagogiques redondantes. Ces commentaires proviennent de participant.e.s du premier groupe, soit celui ayant assisté à deux séances d'une heure et demie. Il

importe de préciser qu'il s'agissait de la toute première animation de la part de la personne animatrice.

Possibilité d'utiliser de nouvelles technologies et applications interactives pour l'animation du type réponses par application, etc. (n°5)

L'atelier aurait pu incorporer davantage d'activités diversifiées, le contenu du second atelier reprenant les activités abordées lors du premier. (n°7)

Un.e participant.e voudrait que davantage de matériel d'information quant aux ressources disponibles pour les FARSAF soit accessible à la suite de l'atelier de sensibilisation.

Il pourrait être intéressant d'obtenir des références ou encore des ressources œuvrant auprès des FARSAF suite à l'atelier. (n°4)

Enfin, près du quart des participant.e.s (3) désiraient modifier la planification du temps attribué à l'atelier de sensibilisation. Un.e participant.e demande « à ce que l'atelier soit moins répétitif ». Même si les exercices d'équipe ont été appréciés, un.e participant.e voudrait raccourcir le temps qui leur était accordé. Pour sa part, un.e participant.e souhaiterait qu'il y ait un récapitulatif plus exhaustif en début de séance sur les définitions des concepts liés à la diversité sexuelle et la pluralité des genres :

Comme suggestions, je dirais que parfois des concepts déjà bien expliqués et clarifiés étaient répétés alors nous aurions pu avoir + de contenu. (n°1)

Bonne idée de permettre temps pour exercices en équipe, mais pourrait être plus court. (n°5)

Faire un plus gros recap. en début de présentation pour expliquer la diversité liée au sexe, genre et orientation sexuelle. (n°13)

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Ce chapitre discute des résultats obtenus au cours de la réalisation de ce projet de mémoire. La première section porte sur les forces et les limites de l'atelier de sensibilisation. La deuxième présente des suggestions afin de bonifier l'atelier de sensibilisation. La troisième section expose les limites et les contributions du mémoire.

6.1 Les forces et les limites de l'atelier de sensibilisation

Pour ce qui est des forces de l'atelier de sensibilisation, les participant.e.s ont apprécié l'animation, ont reconnu avoir acquis de nouvelles connaissances sur les FARSAF et avoir porté un regard critique sur leur approche professionnelle. Ces apprentissages les ont amené.e.s à considérer cet atelier comme un levier théorique pour promouvoir ou renforcer l'importance d'adopter l'approche inclusive auprès des FARSAF, jusqu'à le considérer comme un outil qui devrait être offert à toutes et tous leurs collègues. Pour ce qui est des limites, l'atelier de sensibilisation a été jugé soit trop simpliste, soit trop difficile pour garantir l'adoption d'une approche inclusive.

6.1.1 Les forces de l'atelier de sensibilisation

La grande majorité des participant.e.s a apprécié l'animation, le format et les activités de l'atelier de sensibilisation. L'animation participative et l'atmosphère d'ouverture qui régnait tout au long de l'atelier ont été soulignées par la grande majorité des

participant.e.s. Il est possible de croire que l'ambiance inclusive de la formation peut constituer un exemple à reproduire en contexte de consultation sur la santé sexuelle, notamment pour les participant.e.s qui ont réalisé faire preuve d'un manque d'ouverture envers les femmes de la diversité sexuelle dans leur pratique professionnelle. Comme plusieurs travaux l'ont démontré (Berrut, 2016; Blondel et Salathé, 2014; Giles, 2019; Gonçalves, 2018; Jara Schoch, 2016; Rouanet, 2018), de s'intéresser et de faire preuve d'ouverture à l'autre constituent des attitudes et des habiletés gagnantes à développer et à maintenir pour créer une ambiance qui rend confortable, et ce, indépendamment des contextes. Il est donc possible que le climat d'ouverture, présent lors de l'animation de l'atelier, ait pu inspirer les participant.e.s à considérer que l'approche inclusive est accessible et facile à mettre en place lors de consultations en santé sexuelle.

Pour près de la moitié des participant.e.s, l'atelier de sensibilisation leur a permis d'acquérir davantage de connaissances sur la santé sexuelle des FARSAF, ainsi que sur les sources de stigmatisation ou discrimination que ces femmes vivent dans le RSSS. Les informations sur les risques associés à la santé sexuelle des FARSAF semblent avoir intéressé, voire surpris, plusieurs des participant.e.s, ce qui concorde avec les études qui témoignent de la méconnaissance des professionnel.le.s de la santé quant aux risques sexuels chez ces femmes (Agence de la santé publique du Canada, 2012; Berrut, 2016; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Flores-Aranda, 2015; Giles, 2019; Klein et Nakhai, 2016; Logie *et al.*, 2015; Ottavioli, 2019; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018; Ybarra *et al.*, 2016). Par cet atelier, des thèmes comme l'accès aux services, le vécu sexuel et les besoins de santé sexuelle des FARSAF ont été abordés, discutés et réfléchis avec les professionnel.le.s de la santé afin de lutter contre l'invisibilité et l'occultation de ces femmes à l'intérieur du RSSS, tel que documenté par certains travaux (Ottavioli, 2019; Rouanet, 2018). À l'instar de certaines études (Giami, 2015, 2016; Fortenberry, 2013; Gruskin *et al.*, 2019; Starrs et Anderson, 2015; Turner, 2020), cet atelier a permis aux professionnel.le.s de reconnaître que la santé

sexuelle ne se limite pas uniquement à l'aspect biomédical ou à la reproduction. En effet, les participant.e.s ont été amené.e.s à considérer les droits sexuels comme faisant partie de la santé sexuelle. Pour ce faire, l'activité « Femmes au pluriel » de l'atelier de sensibilisation leur dévoilait des vignettes représentant une diversité de portraits de FARSAF pour, d'une part, exposer une sexualité qui peut exclure des relations sexuelles reproductives et, d'autre part, pour sensibiliser aux discriminations à l'égard des personnes de la diversité sexuelle et de genre, cela concordant avec d'autres travaux (Giami, 2015, 2016; Fortenberry, 2013; Gruskin *et al.*, 2019; Starrs et Anderson, 2015; Turner, 2020). Dans cette perspective, le contenu de l'atelier semble avoir permis aux participant.e.s de considérer les FARSAF à partir d'une vision holistique, c'est-à-dire en les considérant comme des personnes ayant droit à la santé sexuelle et à l'accès à des professionnel.le.s de la santé sexuelle qualifié.e.s, le tout s'inscrivant parfaitement en accord avec l'approche globale de l'éducation à la sexualité (Gouvernement du Québec, 2018; Richard, 2019; Turner, 2020). Cette prise de conscience de la part des participant.e.s, notamment concernant les barrières quant à l'accès aux services de santé sexuelle et les droits sexuels reliés à cette population méconnue, les FARSAF, constitue en soi une des grandes forces de cet atelier qui parvient à atteindre l'une des mesures du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie et la transphobie (Gouvernement du Québec, 2017). Plus précisément, cet atelier contribue à l'objectif 7 de ce plan visant à « [d]ocumenter les diverses réalités pour mieux intervenir » et à la mesure 33 consistant à « [e]ncourager le développement de la recherche et soutenir le transfert de connaissances sur les réalités des personnes de minorités sexuelles dans le réseau de la santé et des services sociaux (MSSS) » (Gouvernement du Québec, 2017, p. 8).

Deux participant.e.s disent avoir développé lors de cet atelier des connaissances sur la fluidité sexuelle, qui est davantage assumée chez les femmes, et les nuances potentielles entre l'orientation sexuelle auto-identifiée et les comportements sexuels. Selon ces participant.e.s, ces informations concernant la fluidité sexuelle ont contribué

à ce qu'elles et ils soient davantage sensibilisé.e.s à l'approche inclusive. Les participant.e.s ont été amené.e.s à s'intéresser à l'ensemble des mesures liées à l'orientation sexuelle, dont spécifiquement les comportements sexuels, pour offrir des services qui considèrent la fluidité sexuelle potentielle des femmes et qui ouvrent la porte à une approche inclusive (Chamberland, Beaulieu-Prévost *et al.*, 2012; Copen *et al.*, 2016; Delebarre, 2019; Dumas, Chamberland et Kamgain, 2016; Giles, 2019; Mullinax *et al.*, 2016; Ottavioli, 2019; Steele, 2015; Tjepkema, 2008). Ce constat rejoint plusieurs travaux qui montrent l'importance de distinguer l'orientation sexuelle auto-identifiée et les comportements sexuels afin de mieux comprendre le vécu sexuel des femmes de la diversité sexuelle (Albarracin *et al.*, 2015; Beaulieu-Prévost et Fortin, 2015; Berrut, 2016; Copen *et al.*, 2016; Diamond, 2000; 2008; 2016; Diamond *et al.*, 2019; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; Kinnish *et al.*, 2005; Rouanet, 2018; Ybarra *et al.*, 2016). L'une des forces de l'atelier semble donc renvoyer au fait d'avoir réussi à sensibiliser une partie des participant.e.s à la fluidité sexuelle auprès d'une population méconnue par ces professionnel.le.s de la santé, soit les FARSAF.

En plus de l'acquisition de connaissances, la presque totalité des participant.e.s indique que l'atelier de sensibilisation leur a permis de poser un regard critique sur leurs interventions professionnelles antérieures. Par exemple, certain.e.s participant.e.s ont indiqué que l'atelier leur a permis de constater un certain manque d'ouverture, de leur part, à l'égard de la diversité sexuelle, notamment des stéréotypes de genre sur la santé sexuelle des femmes. Ce constat fait écho à différents travaux qui montrent que la vision hétérosexiste engendre une occultation ou une fausse image de la sexualité entre femmes (Marques, Nogueira et de Oliveira, 2015; Rouanet, 2018). En favorisant une discussion sur la reconnaissance des influences hétérosexistes et hétéronormatives, les résultats de l'évaluation révèlent que cet atelier a permis aux professionnel.le.s de mieux saisir que l'occultation de la santé sexuelle des FARSAF se situe en amont dans un contexte social qui limite et encadre la sexualité des femmes, tel que soutenu par Rouanet (2018). D'ailleurs, c'est par l'entremise de l'activité intitulée « Questionnons

nos questionnements » de l'atelier de sensibilisation que les participant.e.s ont proposé des formulations se campant dans le continuum opposant le pôle hétérosexiste à celui de l'inclusion. Ce constat montre que c'est possible d'amener les professionnel.le.s de la santé à mobiliser des questions inclusives en utilisant, entre autres, le nombre de partenaire.s, leur sexe et leur genre, ainsi que les pratiques sexuelles effectuées afin d'évaluer les risques en santé sexuelle des FARSAF, tel que documenté ailleurs (Berrut, 2016; Copen *et al.*, 2016; Delebarre, 2019; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Logie *et al.*, 2015; Jara Schoch, 2016; Mullinax *et al.*, 2016; Ottavioli, 2019; Rouanet, 2018; Ybarra *et al.*, 2016). Les résultats de l'évaluation montrent que l'une des forces de l'atelier de sensibilisation consiste à faire réfléchir les professionnel.le.s de la santé sur leurs attitudes et leurs habiletés quant à la mise en œuvre d'une approche inclusive.

Également, la majorité des participant.e.s considère que l'atelier de sensibilisation constitue un appui théorique de qualité pour soutenir l'approche inclusive dans le cadre de leur pratique professionnelle. Même si près de la moitié des participant.e.s juge déjà mettre de l'avant une approche inclusive dans leur pratique, ces personnes ont tout de même relevé que les connaissances, les outils et les techniques exposés lors de l'atelier de sensibilisation viennent renforcer, voire compléter, leurs acquis touchant l'inclusion des FARSAF. Selon la majorité des participant.es, l'atelier offre une base théorique pertinente pour en savoir davantage sur l'accès aux services de santé sexuelle et le vécu sexuel des FARSAF. Comme proposé par Berrut (2016), l'utilisation de questions justes et claires favorise des réponses qui sont plus fidèles à la réalité vécue par les usager.ère.s. L'atelier de sensibilisation a justement permis aux participant.e.s de mieux réfléchir à l'utilisation de termes flous, tels que « pratiques sexuelles », afin d'être capables de les clarifier auprès des usager.ère.s, comme suggéré par Berrut (2016). Il est espéré que cet atelier, en proposant de nouveaux outils théoriques sur l'approche inclusive, puisse aider les professionnel.le.s à formuler des questions inclusives auprès des FARSAF afin de contrer leurs sentiments d'embarras, de culpabilité ou de honte pouvant nuire à la pérennisation du suivi en santé sexuelle de

ces femmes, tel que documenté ailleurs (Berrut, 2016; Giles, 2019; Rouanet, 2018). Ainsi, pour l'ensemble des participant.e.s, l'atelier de sensibilisation souligne l'importance d'une posture d'ouverture et d'accueil à la diversité sexuelle afin d'accroître l'aisance des FARSAF à discuter de leur santé sexuelle.

D'ailleurs, la majorité des participant.e.s a indiqué que l'atelier de sensibilisation leur a permis de se sentir compétent.e.s pour appliquer l'approche inclusive dans leur pratique professionnelle. Plusieurs études suggèrent que les professionnel.le.s de la santé ne reçoivent pas de formation pour adopter une approche inclusive lors d'interventions en santé sexuelle auprès des FARSAF (Berrut, 2016; Dumas *et al.*, 2016 ; Feugé *et al.*, 2017; Jara Schoch, 2016; Marrazzo et Gorgos, 2012; McCann et Brown, 2018; Rouanet, 2018). L'évaluation des effets perçus sur la pratique professionnelle révèle que l'acquisition de connaissances et d'outils a permis à huit participant.e.s d'avoir confiance en leurs compétences lors de ce genre d'intervention. Selon les témoignages des participant.e.s, le fait d'avoir assisté à un atelier de sensibilisation et de disposer d'outils d'intervention développés à l'aide de données scientifiques récentes a contribué à leur sentiment de compétence dans leur intervention en santé sexuelle auprès des FARSAF (Hababa, 2020; McCann et Brown, 2018). À titre d'exemple, l'un des passages de l'étude de Berrut (2016, p. 71), soit « trois étapes pour l'intégration d'une question sur l'orientation sexuelle ou le sexe des partenaires en consultation »⁶, a été présenté aux participant.e.s pour tenter d'augmenter leur aisance à traiter de santé sexuelle auprès des FARSAF. De plus, le fait d'avoir pu pratiquer en groupe des formulations inclusives et d'avoir reçu une copie de l'outil d'intervention présentant, entre autres, des propositions de ce type de formulations a possiblement favorisé un sentiment de compétence chez les participant.e.s.

⁶ Voici les trois étapes proposées par Berrut (2016) : « [c]omprendre que poser ce genre de question est à la fois important et acceptable, de trouver une formulation qui convienne à la fois aux [professionnel.le.s] et aux patientes et de pratiquer jusqu'à ce que cette question soit complètement intégrée et devienne une habitude. » (p.71)

Presque la moitié des participant.e.s constate que l'atelier de sensibilisation pourrait améliorer la pratique professionnelle de leurs collègues en les aidant à mieux intégrer l'approche inclusive dans leurs interventions. Comme certain.e.s participant.e.s reconnaissent le manque de formation en ce qui concerne l'accès aux services de santé sexuelle et le vécu sexuel des personnes de la diversité sexuelle et de genre, tel que documenté par certains travaux (Albuquerque *et al.*, 2016; Berrut, 2016; Bize *et al.*, 2011; Dumas *et al.*, 2016; Jara Schoch, 2016; Hafeez *et al.*, 2017; McCann et Brown, 2018), cet atelier semble être considéré comme un levier pertinent pour sensibiliser l'ensemble des professionnel.le.s du RSSS aux enjeux touchant la santé sexuelle des FARSAF. Cette appréciation positive de l'atelier de sensibilisation fait ressortir les lacunes importantes quant à la quasi-absence de formation des professionnel.le.s de la santé sur l'approche inclusive et la diversité sexuelle et la pluralité des genres. Ce manque de formation au sein du RSSS traduit une certaine occultation institutionnelle des enjeux liés aux FARSAF, comme l'ont mentionné certaines études (Albuquerque *et al.*, 2016; Bastien Charlebois, 2011; Chetcuti *et al.*, 2013; Delebarre, 2019; Dourgon, 2013; Dumas *et al.*, 2016; Feugé *et al.*, 2017; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016; McCann et Brown, 2018; Pasquier et Richard, 2016; Rouanet, 2018; Rufino *et al.*, 2018). Il contribue également à transférer la responsabilité de cette formation sur les individus que sont les professionnel.le.s. De leur propre initiative, voire sur leur temps personnel, ce sont les professionnel.le.s qui doivent par elles-mêmes et eux-mêmes s'informer sur, entre autres, l'accès aux services de santé sexuelle et sur le vécu sexuel des personnes de la diversité sexuelle et de genre. Si quelques participant.e.s s'intéressaient déjà à l'intervention auprès des personnes de la diversité sexuelle avant l'atelier, il est possible de croire que ce n'est pas la majorité des professionnel.le.s qui déploie leurs énergies et leur temps à ce genre d'apprentissage sur une base individuelle. Or, la revue systématique de McCann et Brown (2018) signale que les programmes d'éducation, y compris les formations universitaires ou la formation continue en milieu de travail, devraient être appuyés par des organisations professionnelles, des organismes internationaux et des groupes non statutaires. Autrement dit, la responsabilité d'assurer

une formation continue adéquate, notamment pour protéger la population et améliorer les soins, devrait être mise à disposition par des instances professionnelles pour soulager les professionnel.le.s de cette charge (Hababa, 2020; McCann et Brown, 2018).

6.1.2 Les limites de l'atelier de sensibilisation

La majorité des participant.e.s révèlent qu'elles et ils possédaient déjà certaines connaissances concernant la fluidité sexuelle et l'approche inclusive avant l'atelier de sensibilisation. De plus, plus de la moitié des participant.e.s ont indiqué avoir déjà adopté des attitudes inclusives à l'égard de la fluidité sexuelle des FARSAF. Ce constat peut s'expliquer, entre autres, par le fait que les participant.e.s œuvrent dans un milieu de soins près du Village gai de Montréal. Il est possible que cette proximité fasse en sorte que les participant.e.s soient susceptibles de rencontrer des personnes qui discutent et affichent ouvertement leur orientation sexuelle, leurs comportements sexuels et leur fluidité sexuelle. Par leur environnement de travail, il est possible que les professionnel.le.s de la santé rencontr.e.s dans le cadre de cet atelier soient davantage conscientisé.e.s à l'approche inclusive, tel que documenté dans d'autres études (Copen *et al.*, 2016; Diamond, 2016; Eguavoen, 2015; Giles, 2019; Jara Schoch, 2016). Contrairement à la pratique d'occultation des réalités et des besoins en santé sexuelle des FARSAF (Ottavioli, 2019; Rouanet, 2018), la proximité avec le Village gai de Montréal et la présence d'une clientèle gaie ou HARSAH dans les services de santé et sociaux peuvent expliquer le fait que les professionnel.le.s œuvrant dans ce milieu de soins tendent à éviter la présomption d'hétérosexualité des usagers.

En raison des connaissances et des attitudes antérieures de certain.e.s professionnel.le.s de la santé, il est possible de croire que l'atelier de sensibilisation était trop simpliste pour certain.e.s participant.e.s ciblé.e.s. D'ailleurs, la majorité des participant.e.s ont souhaité que l'atelier approfondisse mieux certains contenus, notamment les facteurs

de risque sur le vécu sexuel des FARSAF (p. ex. les risques d'ITSS, les risques d'omettre un test PAP, les risques de ne pas utiliser un moyen de contraception) et les sources de discrimination. Cette limite peut s'expliquer, entre autres, par l'absence d'une analyse de besoins à l'aide d'une démarche empirique préatelier sur les connaissances, attitudes et habiletés des professionnel.le.s de santé ciblé.e.s dans ce mémoire, telle que recommandé habituellement en promotion de la santé (Bartholomew *et al.*, 2016). En nous concentrant uniquement sur une analyse de besoins basée sur une recension des écrits, il est possible que certaines caractéristiques propres aux participant.e.s rencontré.e.s n'aient pas été prises en considération lors du développement de cet atelier, constituant une contrainte d'ordre situationnel (Baldwin et Ford, 1988; Hababa, 2020).

Pour près de la moitié des participant.e.s, il a été difficile de mettre en pratique l'approche inclusive lors de leurs interventions, et ce, pour plusieurs raisons, dont l'appréhension que leurs questions soient mal perçues, l'affectation à des tâches reliées à la COVID-19 les éloignant de leur pratique habituelle et l'incohérence entre cette approche et leur profession. Dans le cas des professionnel.le.s qui craignent de mauvaises réactions de la part des personnes usagères, plusieurs études révèlent que l'une des manières de favoriser le lien de confiance à l'égard du RSSS est de diminuer l'asymétrie des rapports entre les professionnel.le de la santé et les personnes usagères (Berrut, 2016; Blondel et Salathé, 2014; Rouanet, 2018). Dans ce contexte, l'humilité et la bienveillance sont nécessaires au processus d'apprentissage et d'intégration de questions sur le sexe des partenaires sexuel.le.s en consultation (Berrut, 2016). Il est possible que certain.e.s participant.e.s n'aient pas eu suffisamment de temps pour se pratiquer durant l'atelier ou après l'animation de l'atelier, et ce, même si elles et ils avaient des outils à leur disposition leur proposant des formulations inclusives, ce qui peut expliquer leurs réactions de crainte à l'égard des personnes usagères. Des contraintes d'ordre individuel, telles que les valeurs, les connaissances ou les habitudes initiales des participant.e.s, peuvent diminuer leur capacité à intervenir avec une

approche inclusive lorsqu'il est question de santé sexuelle chez les FARSAF, et ce, nonobstant leur satisfaction attribuée à l'atelier (Baldwin et Ford, 1988; Gagnon *et al.*, 2009; Hababa, 2020; Krifa *et al.*, 2014). En effet, la satisfaction par rapport à une formation ne garantit pas l'adhésion à une nouvelle pratique professionnelle ni au partage d'informations avec les collègues (Hababa, 2020).

Pour ce qui est des professionnel.le.s ayant été réaffecté.e.s à d'autres tâches en temps de pandémie, il est plausible de penser que leur aisance soit moindre que celle de leurs collègues participant.e.s. Si ces participant.e.s ont rempli une évaluation de satisfaction positive concernant l'atelier de sensibilisation, leur évaluation des effets perçus a, quant à elle, révélé que l'efficacité de la formation, en termes de transfert de connaissances, est lacunaire étant donné que les conditions postatelier n'ont pas été optimales (Hababa, 2020). Il est possible de croire que ce contexte de pandémie ait constitué une contrainte supplémentaire à celles pouvant être habituellement présentes lors d'une formation, soit les contraintes d'ordre individuel (p. ex. une formation qui ne répond pas aux attentes), situationnel (p. ex. le choix des stratégies pédagogiques et des activités de l'atelier) et organisationnel (p. ex. la (sur)charge de travail) (Baldwin et Ford, 1988; Gagnon *et al.*, 2009; Hababa, 2020; Krifa *et al.*, 2014).

Concernant le chevauchement entre l'approche inclusive et la profession de certain.e.s participant.e.s, ce constat a surtout été mentionné par deux professionnel.le.s des services sociaux. Ces deux participant.e.s rapportent mobiliser des questions ouvertes lors de leur pratique afin de permettre aux FARSAF de choisir leurs propres mots pour désigner les différentes facettes de leur vie. Contrairement aux professionnel.le.s de la santé, ces deux participant.e.s n'appuient pas leurs réflexions uniquement sur des questions fermées, telle l'anamnèse sexuelle, afin de bien comprendre la santé sexuelle des personnes usagères. En effet, ces deux personnes participantes ont évoqué la pertinence de ne pas se limiter à la couverture des soins sanitaires et médicaux des FARSAF, mais d'inclure aussi des problématiques sociales pouvant être vécues par les

femmes, comme la violence. Cette pratique décrite par ces participant.e.s n'est pas sans évoquer une conception globale de la santé sexuelle, telle qu'illustrée par Richard (2019), qui permet d'aller au-delà des risques médicaux en y intégrant des réflexions sur l'orientation sexuelle et la diversité des pratiques sexuelles. Il est possible que cette conception globale des personnes usagères soit partie inhérente de la pratique des professionnel.le.s des services sociaux, ce qui peut favoriser leur plus grande ouverture à mobiliser l'approche inclusive lors de leurs interventions habituelles.

6.2 Suggestions pour l'atelier de sensibilisation

En guise de suggestion, il serait pertinent d'améliorer l'atelier de sensibilisation, de procéder à son animation ainsi qu'à son évaluation sur un territoire différent où il est possible que l'occultation de la diversité sexuelle et de genre soit plus accentuée. En s'éloignant du territoire desservi par le CCSMTL, il se pourrait que le manque de connaissance quant aux notions de fluidité sexuelle et de diversité sexuelle soit plus accentué. Puisque la totalité des participant.e.s de cet atelier de sensibilisation le recommande à leurs collègues du RSSS, il est suggéré qu'il continue de se développer à l'aide de l'évaluation des nouvelles et des nouveaux participant.e.s. Dans cette optique, l'atelier pourrait aussi s'adapter aux besoins des professionnel.le.s, et ce, selon leur territoire et leurs enjeux spécifiques.

Une autre suggestion consiste à ajouter une analyse de besoins préatelier. Cette dernière servirait à mieux orienter l'atelier et à classer les professionnel.le.s selon leur niveau de connaissances et d'aisance avec la fluidité sexuelle et l'approche inclusive. La version améliorée de cet atelier pourrait enrichir d'autres formations comme celles de l'INSPQ sur la diversité sexuelle et de genre par exemple (2017a, 2017b). La version améliorée pourrait aussi servir de formation introductive à un second atelier plus approfondi sur le vécu sexuel des FARSAF. Par ailleurs, il est important de considérer

que si l'atelier introductif devenait préalable à l'atelier plus avancé, cela risquerait de décourager les participant.e.s, déjà sensibilisé.e.s, à se rendre au deuxième atelier, amenant ainsi une contrainte d'ordre individuel qui les démotiverait à poursuivre la formation (Baldwin et Ford, 1988; Gagnon *et al.*, 2009; Hababa, 2020; Krifa *et al.*, 2014). Par ailleurs, une autre stratégie consisterait à assigner l'atelier adéquat, soit le plus simple ou le plus avancé, à chaque professionnel.le selon une auto-évaluation de leurs connaissances, attitudes et habiletés sur des notions telles que la fluidité sexuelle ou l'approche inclusive. Cependant, il faudrait faire preuve de vigilance afin de contrer la désirabilité sociale pouvant être engendrée par ce genre de questionnaire autoévaluatif. La désirabilité sociale signifie la propension à modifier, de manière favorable, les descriptions de soi et à façonner une image de soi positive (Congard *et al.*, 2012).

Dans un autre registre, cette formation bénéficierait d'une collaboration digne du « triangle de velours » en alliant la société civile, la recherche et la politique. L'amélioration de cet atelier de sensibilisation pourrait bénéficier : 1) de l'avis des professionnel.le.s de la santé, des organismes communautaires soucieux de la santé des femmes et des femmes elles-mêmes (société civile); 2) des données scientifiques et de la collaboration de personnes expertes (recherche); 3) de directives ministérielles explicites pour encourager la formation continue des professionnel.le.s de la santé et des fonds octroyés pour développer, animer et évaluer cet atelier (Paternotte, 2012; Woodward 2004, 2015). Sur ce dernier point, des instances gouvernementales du Québec telles que le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice et le Secrétariat à la condition féminine sont visées afin de faire valoir la pertinence de ce projet et d'y décrocher une subvention.

6.3 Limites et contributions de l'étude

Cette section présente les limites et les contributions de cette étude à l'avancement scientifique de la sexologie.

6.3.1 Limites de l'étude

Malgré les forces de cet atelier, il importe de tenir compte de certaines limites associées à cette étude. Premièrement, les contraintes de temps et de faisabilité ont fait en sorte que ce mémoire ne s'est pas inscrit dans une application stricte du modèle de l'Intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2016). Tel qu'inscrit précédemment, ce projet de mémoire s'est plutôt inspiré des différentes étapes de ce modèle de planification de l'intervention afin de pouvoir développer, animer et évaluer un atelier de sensibilisation, et ce, à l'intérieur du cursus d'une maîtrise en sexologie. En s'appuyant uniquement sur une recension des écrits, l'analyse des besoins n'a probablement pas réussi à identifier l'ensemble des enjeux spécifiques aux professionnel.le.s de la santé du RSSS du Québec. Pour une prochaine démarche d'implantation de cet atelier, il serait important de mieux cibler les besoins de la clientèle, et de prendre en considération divers facteurs de différenciation au sein de celle-ci (p. ex. lieu de résidence, origine ethnoculturelle), afin de revoir les besoins et la démarche de mise en œuvre de cet outil de sensibilisation.

Deuxièmement, la transférabilité des résultats à d'autres professionnel.le.s de la santé peut être contestée, à savoir que les conclusions de cette recherche peuvent ne pas correspondre à l'ensemble des professionnel.le.s de la santé au Québec (Mukamurera *et al.*, 2006). En effet, les participant.e.s de cet atelier étaient volontaires, puisqu'elles et ils pratiquaient au sein du CCSMTL, territoire englobant entre autres le Village gai de Montréal (Huberman et Miles, 1991; Mukamurera *et al.*, 2006). L'échantillon, constitué de neuf professionnel.le.s de la santé et de deux professionnel.le.s des services

sociaux, n'a pas été choisi selon ses caractéristiques pour répondre aux objectifs de l'étude (Huberman et Miles, 1991). Il est possible de croire que ces participant.e.s étaient davantage sensibilisé.e.s à l'existence des FARSAF, à leur vécu et à leurs besoins de santé sexuelle que la majorité des professionnel.le.s de la santé au Québec (Huberman et Miles, 1991; Mukamurera *et al.*, 2006).

Troisièmement, l'évaluation de ces participant.e.s peut avoir été biaisée par la désirabilité sociale. En effet, le développement, l'animation et l'évaluation ont été dirigés par la même personne, et ce, dans un contexte universitaire et expérimental, donc il se pourrait que les participant.e.s aient voulu faire bonne figure devant elle. De plus, comme il s'agit de la même personne qui a effectué le développement et l'évaluation de l'atelier de sensibilisation, il se peut que certains biais aient été introduits dans la façon de présenter les lacunes de cette formation. Afin de contrer ces biais, les directeur.trice.s de ce mémoire ont participé activement au processus de révision de l'analyse des résultats afin d'assurer une certaine transparence et authenticité dans la présentation des forces et des limites de l'atelier.

En terminant, la quatrième limite de ce mémoire concerne l'accès aux services, l'un des déterminants externes du modèle de Schwarzer (2016), qui n'a pas été abordé explicitement lors de cet atelier. Ce dernier s'est plutôt attardé aux déterminants personnels, c'est-à-dire les connaissances, les attitudes, les habiletés, les normes morales personnelles et les normes sociales des professionnel.le.s, plutôt qu'aux déterminants externes, comme l'environnement et l'entourage. Berrut (2016) indique cependant que les FARSAF sont attentives aux indices, notamment aux attitudes, au langage des membres du personnel, par exemple à l'accueil, mais aussi à la visibilité d'affiches inclusives, pour savoir si la ou le professionnel.le rencontré.e sera ou non digne de confiance pour parler librement de leur santé sexuelle. Ultimement, un climat de confiance et de sécurité peut se créer avant même d'avoir rencontré la ou le professionnel.le de la santé, elle ou lui-même sensibilisé.e, et ainsi favoriser les

échanges concernant la santé sexuelle de la FARSAF (Berrut, 2016; Giles, 2019; Rouanet, 2018). Sous cet angle, omettre de traiter de l'environnement et de l'entourage professionnel des participant.e.s s'avère une limite pouvant toutefois se justifier par la contrainte de temps associée au mémoire. Un projet plus approfondi pourrait davantage documenter l'environnement de travail et l'entourage des professionnel.le.s de la santé. Ainsi, une activité pourrait être ajoutée à l'atelier pour mieux les sensibiliser à cette dimension et y voir notamment les barrières et les facilitateurs à l'accès aux services des FARSAF.

6.3.2 Contributions de l'étude

Ce mémoire a permis de documenter le processus de développement, d'animation et d'évaluation d'un atelier de sensibilisation visant à soutenir la réflexion des professionnel.le.s de la santé quant à l'approche inclusive en ce qui touche la santé sexuelle des FARSAF. Ce mémoire représente une assise théorique et pratique, ne pouvant qu'être améliorée dans de prochains projets universitaires ou professionnels en ce qui a trait à la formation de ces professionnel.le.s. Il s'agit d'un projet de mémoire novateur sur plusieurs aspects, dont les sujets abordés lors de l'atelier de sensibilisation (p. ex. la fluidité sexuelle chez les femmes et l'approche inclusive) et la population professionnelle ciblée, soit les professionnel.le.s de la santé sexuelle.

Pour ce qui est du développement et de l'animation de l'atelier, ce mémoire a permis de soulever la question des barrières à l'accès aux services de santé sexuelle pour les FARSAF. De plus, le développement de l'atelier a contribué à en savoir davantage sur les besoins, les attentes et les recommandations quant au vécu sexuel des FARSAF. La démarche de recherche collaborative, par l'entremise d'un comité consultatif que l'on peut presque assimiler au « triangle de velours », représente une contribution à la recherche scientifique en sexologie (Blangy *et al.*, 2010; Gélinau *et al.*, 2012; Paternotte, 2012; Woodward, 2004, 2015). Pour ce qui est de l'animation de l'atelier

de sensibilisation, qui n'aurait pu être exécutée sans l'implication des directions de programme du CCSMTL, ce mémoire a contribué à son expérimentation auprès de deux groupes de professionnel.le.s et à une certaine mobilisation des milieux de la santé autour de ces enjeux, qui a malheureusement été interrompue par la pandémie de la COVID-19.

Finalement, grâce à l'évaluation de l'atelier de sensibilisation, ce mémoire permet de soulever les forces et les limites du développement, de l'animation, mais aussi de l'évaluation dudit atelier. Plus spécifiquement, l'évaluation a permis d'en savoir plus sur les connaissances, les attitudes et les habiletés des participant.e.s de cet atelier de sensibilisation. Les résultats de cette évaluation serviront à adapter la prochaine version de cet atelier à une population professionnelle plus vaste et idéalement mieux circonscrite, notamment en termes de profession, mais aussi quant au niveau des connaissances des participant.e.s ainsi que de leur région de pratique (Mukamurera *et al.*, 2006; Pourtois et Desmet, 1997). Il se pourrait que ce mémoire fasse place à une prochaine mouture améliorée de l'atelier de sensibilisation, voire qu'il soit animé devant des professionnel.le.s de la santé sexuelle d'autres CIUSSS ou CISSS (Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux) à travers le Québec. Cela favorisera ainsi la transférabilité des conclusions de l'évaluation de l'atelier de sensibilisation (Mukamurera *et al.*, 2006; Pourtois et Desmet, 1997).

CONCLUSION

Par l'entremise du développement, de l'animation et de l'évaluation d'un atelier de sensibilisation visant à soutenir la réflexion des professionnel.le.s de la santé quant à l'adoption d'une approche inclusive concernant la santé sexuelle des FARSAF, ce mémoire constitue un premier pas vers l'amélioration de la santé sexuelle de ces femmes. L'évaluation de l'atelier de sensibilisation a fait émerger deux constats unanimes chez les participant.e.s : 1) Cet atelier a permis de renforcer l'importance d'une posture d'ouverture et d'accueil pour encourager les FARSAF à s'exprimer librement sur leur santé sexuelle; 2) Cet atelier est recommandé auprès des collègues des participant.e.s.

Puisqu'il existe un Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie et la transphobie 2017-2022 au Québec (Gouvernement du Québec, 2017), il importe de proposer, voire d'instaurer des initiatives concrètes pour les milieux, ici de la santé et des services sociaux, ainsi que pour leurs employé.e.s afin de procéder au transfert de connaissances tant attendu. En ce sens, cet atelier de sensibilisation a contribué à ce que onze professionnel.le.s de la santé et des services sociaux puissent acquérir, modifier ou renforcer des connaissances, des attitudes et des habiletés inclusives, notamment auprès des FARSAF.

Le modèle de l'Intervention ciblée de Bartholomew *et al.* (2016) a permis de façonner l'entièreté des étapes associées à cet atelier de sensibilisation et d'ouvrir la porte à d'autres formations similaires. D'ailleurs, le développement d'un type de formation inspirée du « triangle de velours », s'appuyant donc sur une approche collaborative, est fortement encouragé pour que la politique, la science et les personnes directement

concernées puissent unir leurs forces et leurs atouts dans un intérêt commun, soit l'amélioration de la santé sexuelle dans ce cas-ci. Il est espéré que ce mémoire servira à apprendre des bons et des moins bons coups du développement, de l'animation et de l'évaluation d'un atelier de sensibilisation afin de sortir de l'ombre des populations trop souvent occultées, comme les FARSAF, et qu'il ait une portée politique, sociale, scientifique et sexologique.

ANNEXE A
MATRICE DES OBJECTIFS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ATELIER DE SENSIBILISATION

Objectif de la matrice : Les professionnel.le.s de la santé (PS) adoptent une approche inclusive concernant la santé sexuelle des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FARSAF)

Objectifs de performance (OP)	Objectifs de changement							
	Déterminants personnels						Déterminants externes	
	Les PS apprennent à...							
Au cours des activités, les PS développent des habiletés pour...	Connaissances (C)	Attitudes (A)	Habiletés (H) (auto-efficacité perçue)	Normes morales personnelles (NMP)	Normes sociales (NS)	Soutien social (SS)	Accès aux ressources (AR)	
OP1 Reconnaître la possibilité de la présence de fluidité sexuelle chez les usagères	C1. Identifier les comportements sexuels comme dimension prioritaire aux risques sur la santé sexuelle	A1. Déterminer ses propres réticences lors de la divulgation d'une fluidité sexuelle chez une usagère		NSI1. Reconnaître son implication éthique dans une intervention sexologique		SS1. Encourager les collègues PS à reconnaître la fluidité sexuelle	AR1. Donner accès à du matériel de sensibilisation (affiche, etc.) quant à la fluidité sexuelle	

	<p>C2. Reconnaître la potentielle disparité entre l'auto-identification et les comportements sexuels</p> <p>C3. Reconnaître la plus grande disparité entre l'auto-identification et les comportements sexuels chez les femmes relativement à la fluidité sexuelle</p> <p>C4. Reconnaître les besoins de santé sexuelle de l'usagère</p> <p>C5. Intégrer les connaissances</p>	<p>A2. Évaluer votre aisance quant à la présence de la fluidité sexuelle</p>	<p>H1. Être en mesure de reconnaître la potentielle disparité entre l'auto-identification et les comportements sexuels</p> <p>H2. Critiquer la minimisation</p>				<p>AR2. Encourager l'établissement de soin à la promotion de la visibilité de la fluidité sexuelle</p>
--	---	--	---	--	--	--	--

	quant aux facteurs de risque associés aux comportements sexuels fluides		des facteurs de risque associés aux comportements sexuels fluides chez l'usagère				
OP2 Comprendre la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF	<p>C1. Identifier la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p> <p>C2. Définir l'approche inclusive concernant la santé sexuelle</p> <p>C3. Reconnaître la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p> <p>C4. Savoir comment</p>	<p>A1. Exprimer votre aisance par rapport à l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p>	<p>H1. Faire ressortir ses propres réticences à l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p> <p>H2. Évaluer la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p>	<p>NMP1. Reconnaître son implication en tant que PS par rapport à l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p>	<p>NS1. Reconnaître les influences hétérosexistes et hétéronormatives nuisant à l'approche inclusive</p>	<p>SS1. Encourager les collègues PS à s'intéresser à la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p> <p>SS1. Encourager les collègues PS à adopter l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p>	<p>AR1. Donner accès à du matériel de sensibilisation quant à la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p> <p>AR2. Encourager l'établissement de soin à l'adoption de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p>

	<p>l'approche inclusive peut favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p> <p>C5. Savoir comment agir de manière pertinente à l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

<p>OP3</p> <p>Questionner, de manière inclusive, les usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p>	<p>C1. Identifier la pertinence de la question sur la santé sexuelle de l'usagère afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p> <p>C2. Définir l'approche inclusive concernant la santé sexuelle des usagères afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p> <p>C3. Reconnaître la diversité de réponses dépendamment de la formulation afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p>	<p>A1. Exprimer votre aisance à questionner les usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p>	<p>H1. Formuler des questions inclusives.</p>	<p>NMP1. Reconnaître son implication en tant que PS à questionner, de manière inclusive, les usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p>	<p>NS1. Reconnaître les influences hétérosexistes et hétéronormatives dans les questions adressées aux usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p>	<p>SS1. Encourager les collègues PS à l'utilisation d'un langage inclusif lors d'intervention avec les usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p> <p>SS2. Encourager les collègues PS à s'intéresser aux comportements sexuels des usagères afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p>	<p>AR1. Donner accès à du matériel de sensibilisation quant à la santé sexuelle des usagères afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p> <p>AR2. Encourager l'établissement de soin à l'utilisation d'un langage inclusif lors d'intervention avec les usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p>
---	---	---	---	--	--	---	---

	<p>C4. Savoir comment formuler des questions inclusives afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p> <p>C5. Savoir comment choisir les mots appropriés en fonction du type de réponse souhaitée selon le contexte afin de mieux orienter les actions pour l'intervention</p>		<p>H2. Choisir les mots appropriés en fonction du type de réponse souhaitée selon le contexte</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

ANNEXE B FICHE DE RECRUTEMENT



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal



Atelier de sensibilisation : Soutenir la réflexion des professionnel.le.s de la santé quant aux actions inclusives sur la santé sexuelle des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autre femmes (FARSAF)

OBJECTIF DU PROJET DE MÉMOIRE

Ce projet consiste à développer, implanter et évaluer un atelier de sensibilisation sur les enjeux discriminatoires à l'égard des FARSAF auprès des professionnel.le.s de la santé du CCSMTL. À la fin du projet, nous souhaitons formuler des recommandations pour implanter plus largement ce type d'atelier à l'intérieur du système de la santé.

OBJECTIF DE L'ATELIER

Soutenir la réflexion des professionnel.le.s de la santé quant aux actions inclusives sur la santé sexuelle des FARSAF

PARTICIPANT.E.S RECHERCHÉ.E.S

- Être un.e médecin, résident.e en médecine ou infirmier.ère de la direction GMF-U du CCSMTL ;
- Travailler, entre autres choses, au maintien ou à l'amélioration de la santé sexuelle des femmes cisgenres ;
- Comprendre et savoir communiquer en français.

VOTRE PARTICIPATION

- Assister à l'atelier de sensibilisation (**comptabilisant 3h00**) ;
- Évaluer l'atelier de sensibilisation à l'aide de 2 questionnaires post atelier (**30 minutes hors atelier**).

Aucune rémunération offerte pour la participation à l'atelier de sensibilisation

DATES ET LIEU DE L'ATELIER

- À déterminer selon vos disponibilités

PERSONNE À CONTACTER ET SES COORDONNÉES

Chercheuse principale :	Joe Ducharme , B.A., étudiante à la maîtrise en sexologie
Département :	Département de sexologie
Université :	Université du Québec à Montréal
Adresse courriel :	ducharme.joe@courrier.uqam.ca

ANNEXE C
A-QUESTIONNAIRE POST ATELIER N°1
CONNAISSANCES ET SATISFACTION

Projet de mémoire de Joe Ducharme, étudiante à la maîtrise en sexologie, UQÀM

Ce questionnaire vise à évaluer l'implantation de l'atelier de sensibilisation permettant de soutenir la réflexion des professionnel.le.s de la santé quant aux actions inclusives sur la santé sexuelle des FARSAF.

Cette évaluation porte sur l'amélioration de vos connaissances et votre satisfaction à l'égard de l'atelier.

Il est important que vous répondiez à TOUTES les questions de la façon la plus détaillée possible. De plus, nous mentionnons qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Nous vous remercions de votre collaboration et nous vous assurons que la confidentialité de ce questionnaire sera respectée.

N'inscrivez PAS votre nom sur ce questionnaire svp.

ANNEXE D
B-QUESTIONNAIRE POST ATELIER N°2
BREF RÉCAPITULATIF ET EFFETS PERÇUS

Bref récapitulatif de l'atelier de sensibilisation
Projet de mémoire de Joe Ducharme, étudiante à la maîtrise en sexologie, UQÀM

OBJECTIF GÉNÉRAL : Soutenir la réflexion des professionnel.le.s de la santé quant aux actions inclusives sur la santé sexuelle des FARSAF.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- 1) Reconnaître la possibilité de la présence de fluidité sexuelle chez les usagères ;
- 2) Comprendre la pertinence de l'approche inclusive pour favoriser la santé sexuelle des usagères FARSAF ;
- 3) Questionner, de manière inclusive, les usagères sur leur santé sexuelle afin de mieux orienter leurs actions pour l'intervention.

Pour atteindre l'objectif n°1, des vignettes de femmes témoignant d'expériences de fluidité sexuelle ont été présentés et le concept de fluidité sexuelle a été défini.

Pour atteindre l'objectif n°2, il s'agissait de formuler des questions pour explorer quatre dimensions importantes de la sexualité chez les femmes : leur situation conjugale, leur orientation sexuelle, leur nombre de partenaire.s et le.s sexe.s de leur.s partenaire.s. S'en est suivie une réflexion quant à l'importance de poser ces questions, tout en prenant en considération le concept de fluidité sexuelle et des caractéristiques de l'approche inclusive.

Pour atteindre l'objectif n°3, il y avait la formulation des questions sur les quatre aspects (leur situation conjugale, leur orientation sexuelle, leur nombre de partenaire.s et le.s sexe.s de.s partenaire.s) selon les caractéristiques de l'approche inclusive.

Suite à votre participation, un processus d'évaluation est nécessaire à son amélioration. Vous avez déjà complété, de manière anonyme, une fiche sociodémographique et un questionnaire post atelier concernant vos connaissances préalables et votre satisfaction à l'égard de cet atelier.

Le questionnaire qui suit termine le processus d'évaluation sur les effets perçus de l'atelier.

Joe Ducharme souhaite vous remercier pour votre participation tout au long de son projet. Sans vous, ce projet n'aurait pu exister. Merci !

ANNEXE E CERTIFICAT ÉTHIQUE CÉR-DIS DU CCSMTL



Comité d'éthique de la recherche – Dépendances, Inégalités sociales et Santé publique
(CÉR-DIS)

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 17 septembre 2019

Monsieur Philippe-Benoit Côté
Professeur au département de sexologie
Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3P8

Objet : Évaluation éthique du projet DIS-1920-07 : « Développement, implantation et évaluation d'un atelier de sensibilisation sur les enjeux discriminatoires à l'égard des femmes cisgenres ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FARSAF) auprès des professionnel.le.s œuvrant dans le milieu de la santé et des services sociaux » - APPROBATION FINALE

Madame, Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche en Dépendances, Inégalités sociales et Santé publique agit à titre de CÉR pour l'évaluation éthique et le suivi continu des projets de recherche menés au CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS-CSMTL) ou sous ses auspices.

Le CÉR a évalué le projet de recherche en titre en restreint le 25 juillet 2019. À la suite des réponses à ses lettres du 25 juillet 2019, et au vu des modifications finales que vous lui avez adressées le septembre 2019, le CÉR est d'avis que ce projet respecte les normes éthiques généralement acceptées pour ce genre de recherche.

Le CÉR confirme également que vous avez déposé les documents requis pour établir que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique dont le résultat est positif.

Il vous rappelle que tout nouveau projet de recherche basé l'utilisation secondaire des données du présent projet devra faire l'objet d'une évaluation et d'une approbation éthique par le CÉR-DIS.

Il est favorable à l'émission d'un certificat d'éthique. Le CÉR s'est également assuré que le projet a fait l'objet d'une évaluation scientifique positive.

Le certificat d'éthique ci-joint est valide pour une période d'un an à compter du **17 septembre 2019**.

À noter que vous pourrez débiter votre projet uniquement lorsque vous recevrez l'autorisation de la personne formellement mandatée par le CIUSSS-CSMTL.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie d'agréer, mes sincères salutations.



66, rue Ste-Catherine Est
Montréal (Québec) H2X 1K6
Téléphone : 514 527-2361
www.ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

ANNEXE F CERTIFICAT ÉTHIQUE CERPÉ FSH

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Développement, implantation et évaluation d'un atelier de sensibilisation sur les enjeux discriminatoires à l'égard des FARSAF auprès des professionnels de la santé et des services sociaux
Nom de l'étudiant:	Joe DUCHARME
Programme d'études:	Maîtrise en sexologie (concentration recherche-intervention)
Direction de recherche:	Philippe-Benoît CÔTÉ
Codirection:	Line CHAMBERLAND

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE G

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ
COMITÉ CONSULTATIF

Titre de la recherche :

Développement, implantation et évaluation d'un atelier de sensibilisation sur les enjeux discriminatoires à l'égard des femmes cisgenres ayant des relations sexuelles avec des femmes (FARSAF) auprès des professionnel.le.s œuvrant dans le milieu de la santé et des services sociaux.

Chercheuse responsable :

Joe Ducharme, B.A., étudiante à la maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal

Engagement :

Je, soussigné-e _____, m'engage à conserver l'anonymat et la plus stricte confidentialité des informations partagées par les professionnel.le.s œuvrant dans le milieu de la santé et des services sociaux dans le cadre de cette étude, qu'il s'agisse d'informations relatives à leur pratique professionnelle ou en lien avec l'expérience des usagères rencontrées. Je suis conscient-e que cet engagement à la confidentialité s'applique à toute communication, publication, activité de transfert des connaissances ou autre qui découlera du présent projet.

Signature

Date

Signature de la chercheuse responsable

Date

Projet approuvé par Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (no d'approbation 3316, le 17 septembre 2019).

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Joe Ducharme au numéro de téléphone 514-458-4964 ou par courriel ducharme.joe@courrier.uqam.ca, Philippe-Benoit Côté au numéro de téléphone 514-987-3000 (poste 5294) ou par courriel cote.philippe-benoit@uqam.ca ou Line Chamberland au numéro de téléphone 514 987-3000 (poste 8596) ou par courriel chamberland.line@uqam.ca.

Pour toute question concernant les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM au (514) 987-3000 (poste 7753) ou par courriel ciereh@uqam.ca.

ANNEXE H

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



Titre du projet de mémoire : Développement, implantation et évaluation d'un atelier de sensibilisation sur les enjeux discriminatoires à l'égard des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FARSAF) offert aux professionnel.le.s de la santé du CCSMTL

Chercheuse principale : Joe Ducharme, B.A., étudiante à la maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal

Directeur de recherche : Philippe-Benoit Côté, professeur, département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Co-directrice de recherche : Line Chamberland, professeure, département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Source de financement : Heffernan-Greenbaum (2019) CREMIS (2019 et 2020) (bourses offertes à Joe Ducharme)

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche consistant à être un projet de mémoire. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements qui suivent avant de vous décider. Il se peut que ce formulaire contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous vous posiez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en faire part à la chercheuse. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire.

Contexte du projet de recherche

Au sein des services de la santé, les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FARSAF) sont présentées comme une minorité invisible en raison des politiques institutionnelles empreintes d'hétérosexisme et d'hétéronormativité. Certaines études révèlent l'existence de barrières institutionnelles hétérosexistes auxquelles font face les FARSAF les incitant à peu utiliser, voire pas du tout, les services de santé.

Au Québec, comme il ne semble pas exister d'outils ni de formations préconisant des interventions inclusives et adéquates pour les FARSAF, le présent projet de mémoire consiste à développer, implanter et évaluer un atelier de sensibilisation sur les enjeux discriminatoires à l'égard des FARSAF offert aux professionnel.le.s de la santé du CCSMTL.

En ce sens, il convient de soutenir ces professionnel.le.s dans leur réflexion quant aux actions inclusives sur la santé sexuelle des FARSAF.

1. Description du projet de recherche

Ce projet consiste à développer, implanter et évaluer un atelier de sensibilisation sur les enjeux discriminatoires à l'égard des FARSAF auprès des professionnel.le.s de la santé du CCSMTL. À la fin du projet, nous souhaitons exposer des recommandations pour implanter plus largement ce type d'atelier ou de formation à l'intérieur du système de la santé. Ce projet a reçu l'approbation du Comité éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique (CÉR-DIS) et le Comité éthique de la recherche pour les étudiant.e.s de la Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal (CERPE).

2. Participation attendue au projet

La participation à ce projet requiert que vous preniez part à un atelier de sensibilisation d'une durée approximative de 3 heures pendant laquelle vous participerez, au mieux de votre expérience et de votre aisance, aux activités offertes. Vous participerez également à l'évaluation de cet atelier en remplissant une fiche sociodémographique et deux questionnaires (post atelier) pour documenter vos connaissances, votre satisfaction et les effets perçus de cet atelier sur votre pratique professionnelle. L'un des questionnaires sera rempli tout de suite après l'atelier (26 février) et l'autre vous sera fait parvenir par la poste¹ environ un mois après l'atelier. Le temps estimé pour la complétion de la fiche sociodémographique et des deux questionnaires réunis est d'environ une heure.

3. Avantages de la participation au projet

Nous ne pouvons pas vous assurer que vous retirerez un avantage personnel en participant au projet. Cependant, il est possible que votre participation à cet atelier puisse vous sensibiliser et vous permettre d'en apprendre davantage sur les FARSAF et leur santé sexuelle. De plus, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances en documentant le processus d'évaluation d'un atelier de sensibilisation visant à soutenir votre réflexion quant aux actions inclusives sur la santé sexuelle des FARSAF. Grâce à votre participation et évaluation, ce projet de mémoire suggéra des ajustements en vue de l'amélioration et de la pérennisation de l'atelier de sensibilisation, voire même de son transfert à d'autres établissements de la santé à travers le Québec pour ultimement améliorer la santé sexuelle des FARSAF.

4. Risques et inconvénients de la participation au projet

Il y a peu de risques liés à votre participation, hormis le temps nécessaire pour participer à l'atelier de sensibilisation. Toutefois, il se peut que les questions posées ou les thèmes abordés vous amènent à aborder certaines difficultés que vous avez éprouvées ou vous rappelle une intervention difficile. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées. Vous pouvez aussi contacter le Programme d'aide aux employé.e.s (PAE) par téléphone au: 1-800-268-7708 ou 1-800-567-5803 (ATS – pour personnes ayant une déficience auditive).

5. Confidentialité des données de la recherche

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle dans les limites prévues par la loi. Les questionnaires sont numérotés et chiffrés de façon stratégique pour permettre le pairage de vos données de questionnaires de manière anonyme. Votre nom ne sera demandé à aucune occasion sur les questionnaires. Seuls les numéros des questionnaires seront pris en considération. Le contenu des

¹ Ou par une personne responsable de votre direction

questionnaires sera utilisé pour l'étude en cours, mais aussi pour des présentations scientifiques et des articles scientifiques ; le tout demeurant confidentiel. Toutes les sections des questionnaires seront utilisées pour l'analyse et l'évaluation de l'atelier. L'étudiante utilisera certains extraits des questionnaires, qui seront anonymisés, afin de soutenir et appuyer des points de contenus quant au sujet de recherche du projet de mémoire.

Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé du directeur de recherche. Seule l'équipe de recherche y aura accès. Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée. L'ensemble des données collectées sera détruit 5 ans après la fin du projet de recherche.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que la chercheuse doive permettre l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales et Santé publique, par l'établissement ou par les organismes subventionnaires de la recherche. Ces personnes et ces organismes adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheuse responsable ou par l'établissement.

Vous pouvez, en tout temps, demander à la chercheuse de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis à votre sujet et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

6. Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer l'adresse à laquelle nous pourrions vous le faire parvenir :

Courriel :

Adresse postale :

7. Compensation financière pour la participation à la recherche

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche. Cependant, si l'atelier de sensibilisation se déroule pendant vos heures de travail, vous serez rémunéré.e par votre employeur.

8. Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Votre participation est volontaire. Vous pouvez refuser de participer au projet sans avoir besoin de vous justifier, et sans que cela nuise à vos relations avec la chercheuse responsable du projet, les directions de recherche ou les autres professionnel.le.s.

De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront alors détruits à la demande de la personne participante.

La chercheuse pourrait elle aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche.

9. Utilisation secondaire des données

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de leur destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes sollicité.e aujourd'hui. Il n'y a pas de nombre précis, mais il s'agit d'un atelier de sensibilisation dont l'objectif est d'ouvrir sur d'autres projets de recherche similaires. Par exemple, grâce à l'évaluation qualitative de cet atelier de sensibilisation, il serait possible d'offrir une version peaufinée lors de prochains projets de recherche. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheuse principale et seront autorisés par soit le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal ou un autre comité éthique de la recherche tel celui de l'UQÀM (CERPE) ou d'un autre CIUSSS de la province. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

10. Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse, son équipe de recherche, le CREMIS ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

11. Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter :

Directeur

*Philippe-Benoit Côté
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
514 987-3000, poste 5294
cote.philippe-benoit@uqam.ca*

Co-directrice

*Line Chamberland
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
514 987-3000, poste 8596
chamberland.line@uqam.ca*

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez joindre la personne commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CCSMTL au numéro suivant: 514-593-3600

Pour toute question concernant les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique 514-527-9565, poste 3013 ou encore par courriel à david.lecuyer.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

12. Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les recommandations pour implanter plus largement ce type d'atelier de formation à l'intérieur du système de la santé.

Oui Non

Nom de la personne participante

Signature

Date

Déclaration de la chercheuse responsable du projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué à la personne participante les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée à la personne participante.

Nom et signature de la chercheuse

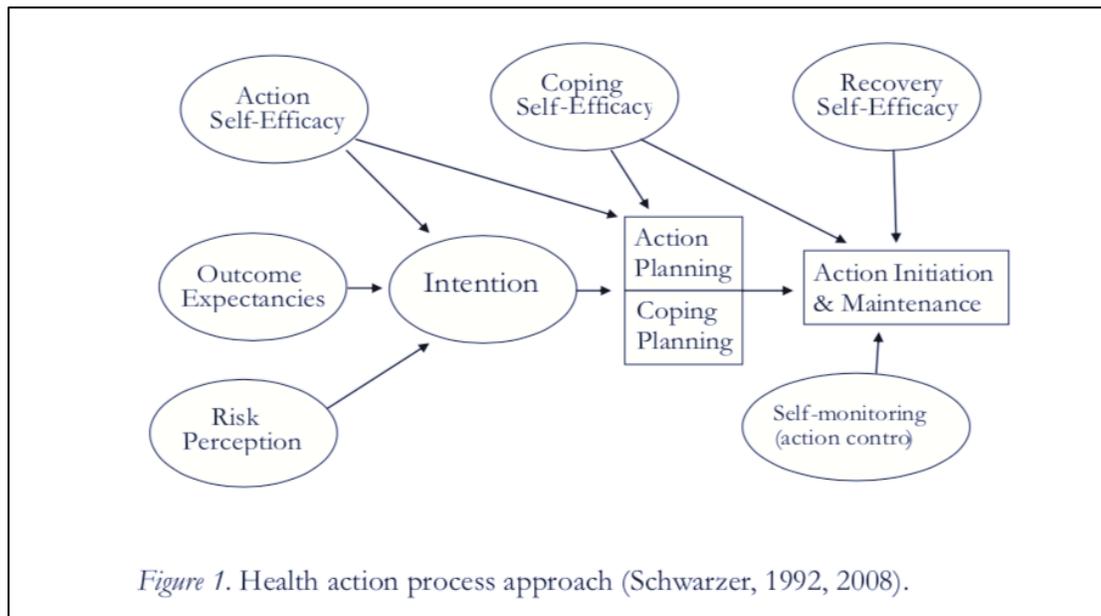
Date

L'original du formulaire sera conservé dans un classeur barré à clé dans le bureau du directeur de recherche (UQÀM) et une copie signée sera remise à la personne participante.

Le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique le

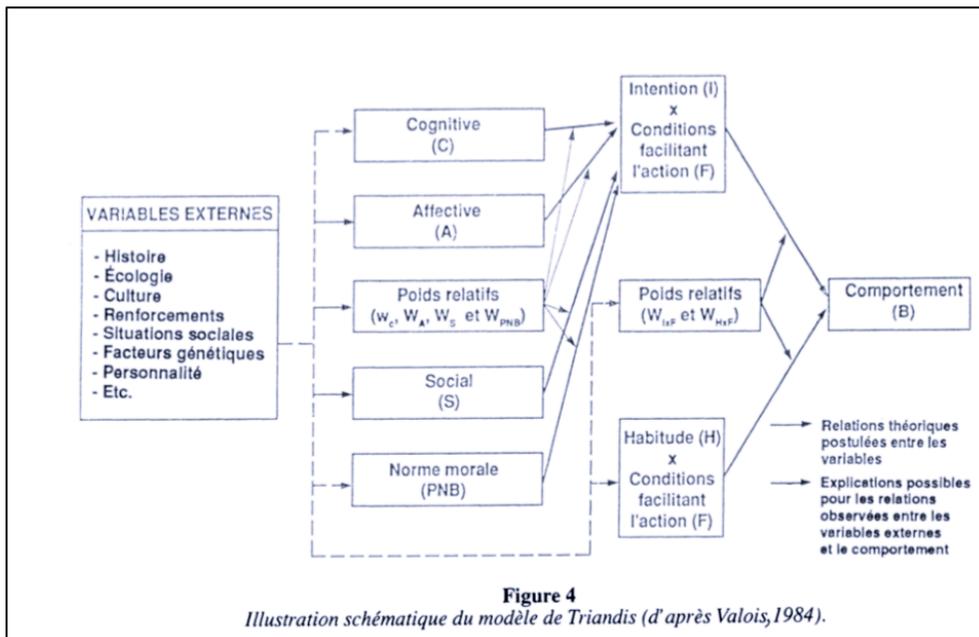
APPENDICE A

APPROCHE DE SCHWARZER (2016) DU PROCESSUS D'ACTION EN SANTÉ



APPENDICE B

MODÈLE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS DE TRIANDIS (1977)



RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2012 : Le sexe et le genre – Leur influence importante sur la santé*. Ottawa.
- Albarracin, M., Boislard-Pépin, M. A. et Perrault, G. (2015). *La fluidité sexuelle: Une recension des écrits de 2000 à 2014*. Récupéré de : https://chairedspg.uqam.ca/upload/files/Albarracin_SVR2015.pdf
- Albuquerque, G. A., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Alves, M. J. H., Belém, J. M., dos Santos Figueiredo, F. W. (...) de Abreu, L. C. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC International Health and Human rights*, 16(1), 2. DOI 10.1186/s12914-015-0072-9
- Baker, K. et Beagan, B. (2014). Making assumptions, making space: an anthropological critique of cultural competency and its relevance to queer patients. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(4), 578-598. DOI : 10.1111/maq.12129
- Baldwin T. T. et Ford J. K. (1988). Transfer of training: a review and directions for future research. *Personnel Psychology*. 41(1): 63-105.
- Bartholomew, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G. et Parcel, G. (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach, (4e Éd)*. San Francisco : Jossey-Bass. ISBN : 978-1-119-03556-5
- Bastien Charlebois, J. (2011). Au-delà de la phobie de l'homo: quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(1), 112-149.
- Bauer, G. R. et Welles, S. L. (2001). Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1282-1286.
- Beaulieu-Prévost, D. et Fortin, M. (2015). La mesure de l'orientation sexuelle: historique et pratiques actuelles. *Sexologies*, 24(1), 29-34. DOI : 10.1016/j.sexol.2014.05.005

- Beijing Declaration and Platform for Action. (1995). *Fourth World Conference on Women*. Récupéré de : <http://www.traviswarrington.com/wp-content/uploads/2011/01/BEIJING-DECLARATION-AND-PLATFORM-FOR-ACTION.pdf>
- Berrut, S. (2016). *Les lesbiennes en consultation gynécologique: enquête qualitative en Suisse romande* (Dissertation doctorale). Université de Genève.
- Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S., Medico, D., Balthasar, H., Bodenmann, P. et Makadon, H. J. (2011). Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1712-1717.
- Blangy, S., McGinley, R. et Lemelin, R. H. (2010). Recherche-action participative et collaborative autochtone: améliorer l'engagement communautaire dans les projets touristiques. *Téoros: Revue de recherche en tourisme*, 29(1), 69-80. DOI : 10.7202/1024757ar
- Blondel, N. et Salathé, C. (2014). *Anamnèse et compétences psycho-sociales* (Dissertation doctorale). Université de Fribourg.
- Bourque, R. (2004). *Guide sur les services de santé et les services sociaux pour les interprètes en milieu social*. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. ISBN : 2-89510-190-6
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press. ISBN : 0-674-22456-6
- Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouke, A. et De Pierrepont, C. (2012). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec—Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Montréal: Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal.
- Chamberland, L., Blye F. et Ristock, J. (2009). *Minorités sexuelles et constructions de genre/Sexual Diversities and the Constructions of Gender*. Québec : Presses de l'Université du Québec. ISBN : 978-2-7605-2462-0
- Chamberland, L., Lebreton, C. et Bernier, M. (2012). *Stratégies des travailleuses lesbiennes face à la discrimination. Contrer l'hétéronormativité des milieux de travail*. Montréal : Cahiers de l'IREF (UQAM), collection Agora, no 3. ISBN : 978-2-922045-37-6
- Chamberland, L., et Puig, A. (2016). *Guide des pratiques d'ouverture à la diversité sexuelle et de genre en milieu collégial et universitaire*. Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal. ISBN : 978-2-9815647-0-2

- Chetcuti, N., Beltzer, N., Methy, N., Laborde, C., Velter, A., Bajos N. et CSF Group. (2013). Preventive care's forgotten women: Life course, sexuality, and sexual health among homosexually and bisexually active women in France. *Journal of Sex Research*, 50(6), 587-597. DOI: 10.1080/00224499.2012.657264
- Congard, A., Antoine, P., Ivanchak, S. et Gilles, P. Y. (2012). Désirabilité sociale et mesure de la personnalité: les dimensions les plus affectées par ce phénomène. *Psychologie française*, 57(3), 193-204. DOI : 10.1016/j.psfr.2012.07.002
- Copen, C. E., Chandra, A. et Febo-Vazquez, I. (2016). Sexual behavior, sexual attraction, and sexual orientation among adults aged 18-44 in the United States: data from the 2011-2013 National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, no 88.
- Côté, M. J. (2018). *Analyse des besoins en développement professionnel de médecins de famille et résidents en médecine familiale relativement à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients* (Dissertation de mémoire). Université du Québec à Montréal.
- Delebarre, C. (2019). Sexualité entre femmes: une clinique particulière? Éléments de compréhension pour une meilleure prise en charge des FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) en santé sexuelle. *Sexologies*, 28(3), 96-103. DOI : 10.1016/j.sexol.2019.05.012
- Descheneaux, J., Pagé, G., Piazzesi, C., Pirotte, M. et Fédération du Québec pour le Planning des Naissances. (2018). *Promouvoir des programmes d'éducation à la sexualité positive, inclusive et émancipatrice : Méta-analyse qualitative intersectionnelle des besoins exprimés par les jeunes*. ISBN : 978-2-923773-46-9.
- Diamond, L. M. (2000). Sexual identity, attractions, and behavior among young sexual- minority women over a 2-year period. *Developmental Psychology*, 36, 241-250. DOI : 10.1037/0012-1649.36.2.241
- Diamond, L. M. (2008). *Sexual fluidity*. United States of America : Harvard University Press. ISBN : 978-0-674-02624-7
- Diamond, L. M. (2016). Sexual fluidity in male and females. *Current Sexual Health Reports*, 8(4), 249-256. DOI : 10.1007/s11930-016-0092-z
- Diamond, L. M., Alley, J., Dickenson, J., et Blair, K. L. (2019). Who Counts as Sexually Fluid? Comparing Four Different Types of Sexual Fluidity in Women. *Archives of Sexual Behavior*, 1-15. DOI : 10.1007/s10508-019-01565-

- Dilley, J. A., Simmons, K. W., Boysun, M. J., Pizacani, B. A. et Stark, M. J. (2010). Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: Health Disparities in the Pacific Northwest. *American Journal of Public Health, 100*(3), 460-467. DOI : 10.2105/AJPH.2007.130336
- Dorais, M. (2015). Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle. *Santé mentale au Québec, 40*(3), 37-53. DOI : 10.7202/1034910ar
- Dourgon, P. (2013). *Évaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé* (Dissertation doctorale). Université Paris Dauphine.
- Dubois, N. et Marceau, R. (2005). Un état des lieux théoriques de l'évaluation : une discipline à la remorque d'une révolution scientifique qui n'en finit pas. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 20*(1), 1-35.
- Dubuc, D. [2017]. *LGBTQI2SNBA+ : les mots de la diversité liée au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle*. Récupéré de : <https://fneeq.qc.ca/wp-content/uploads/Glossaire-2017-08-14-corr.pdf>
- Dumas, J. (2013). L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance. *Service social, 59*(1), 63-80. DOI : 10.7202/1017479ar
- Dumas, J., Chamberland, L. et O. Kamgain. (2016). *Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des minorités sexuelles : Résultats et recommandations de la recherche –action participative menée au CSSS Jeanne-Mance*. Rapport de recherche, Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal. ISBN : 978-2-9815430-3-5
- Eguavoen, S. (2015). *Femme et lesbienne : Quels enjeux? Vers une pratique inclusive en consultation gynécologique*. Mémoire de diplôme d'état de sage-femme : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.
- El-Hage, H. et Lee, E. (2017). LGBTQ racisés: frontières identitaires et barrières structurelles. *Alterstice: Revue Internationale de la Recherche Interculturelle, 6*(2), 13-27.
- Elminowski, N. S. (2015). Developing and implementing a cultural awareness workshop for nurse practitioners. *Journal of Cultural Diversity, 22*(3).
- Everett, B. G. (2013). Sexual orientation disparities in sexually transmitted infections: examining the intersection between sexual identity and sexual behavior. *Archives of sexual behavior, 42*(2), 225-236. DOI : 10.1007/s10508-012-9902-1
- Feugé, É. A., Chamberland, L., Kamgain, O. et Dumas, J. (2017). Les femmes moins bien servies que les hommes? Évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles. *Service social, 63*(2), 99-113. DOI : 10.7202/1046502ar

- Fishbein, M. et Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitudes, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flores-Aranda, J. (2015). *Les interrelations entre les trajectoires addictives et le vécu homosexuel chez des Montréalais gais et bisexuels* (Dissertation doctorale). Université de Sherbrooke.
- Fortenberry, J. D. (2013). The evolving sexual health paradigm: transforming definitions into sexual health practices. *Aids*, 27, S127-S133. DOI : 10.1097/QAD.0000000000000048
- Franco Morales, F., Venet, M. et Correa Molina, E. (2015). La relation entre les connaissances et les attitudes concernant la diversité sexuelle chez les futurs enseignants au Québec. *Revue des sciences de l'éducation*, 41(2), 277-300. DOI : 10.7202/1034036ar
- Gagnon, J., Côté, F., Boily, M., Dallaire, C., Gagnon, M. P., Michaud, C., Hatem, M. et Mercure, S. A. (2009). Barrières et facteurs facilitant l'intégration de résultats probants aux soins infirmiers en contexte québécois : étude exploratoire-descriptive. *L'infirmière clinicienne*, 6(10), 19-26.
- Gélineau, L., Dufour, É. et Bélisle, M. (2012). Quand recherche-action participative et pratiques AVEC se conjuguent: enjeux de définition et d'équilibre des savoirs. *Recherches qualitatives*, 35-54.
- Ghesquière, P., Maes, B. et Vandenberghe, R. (2004). The usefulness of qualitative case studies in research on special needs education. *International journal of Disability, Development & Education*, 51(2), 171-184. DOI : 10.1080/10349120410001687382
- Giami, A. (2015). Sexualité, santé et Droits de l'homme : L'invention des droits sexuels. *Sexologies*, 24(3), 105-113. DOI : 10.1016/j.sexol.2015.07.003
- Giami, A. (2016). De l'émancipation à l'institutionnalisation: santé sexuelle et droits sexuels. *Genre, sexualité & société*, (15).
- Giles, C. (2019). Suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. *Sages-Femmes*, 19(1), 40-43. DOI : 10.1016/j.sagf.2020.01.022
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94. DOI : 10.3406/sosan.1991.1185
- Gonçalves, F. M. (2018). *Étude exploratoire sur le vécu des femmes s'identifiant lesbiennes (personnes se qualifiant en tant que telles) en matière de besoins et ressources en santé sexuelle* (Dissertation doctorale). Université de Lausanne.

- Goodenow, C., Szalacha, L. A., Robin, L. E. et Westheimer, K. (2008). Dimensions of sexual orientation and HIV-related risk among adolescent females: Evidence from a statewide survey. *American Journal of Public Health*, 98(6), 1051-1058. DOI : 10.2105/AJPH.2005.080531
- Gouvernement du Canada. (2020). *Reconnaître et éliminer les préjugés et les micro-agressions en milieu de travail*. Récupéré de : <https://www.cspsefpc.gc.ca/events/microaggression/index-fra.aspx>
- Gouvernement du Québec. (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation : Guide*. ISBN : 2-550-41103-X. Récupéré de : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001388/>
- Gouvernement du Québec. (2017). *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie et la transphobie 2017-2022*. ISBN : 978-2-550-78232-2. Récupéré de : https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais_/centredoc/publications/ministere/plans-actions/plan2017-22.pdf
- Gouvernement du Québec. (2018). *Contenus en éducation à la sexualité*. ISBN 978-2-550-82354-4. Récupéré de : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/education/ada-plantation-scolaire-services-comp/EDUC-Contenus-Sexualite-GrandPublic.pdf
- Gouvernement du Québec. (2019). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. ISBN : 978-2-550-85400-5. Récupéré de : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>
- Gouvernement du Québec. (2020a). *Éducation à la sexualité*. Récupéré de : <http://www.education.gouv.qc.ca/enseignants/dossiers/education-a-la-sexualite/>
- Gouvernement du Québec. (2020b). *Territoire et population desservie*. Récupéré de : <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/propos/qui-sommes-nous/territoire-et-population-desservie>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Ressources financières : Répartition du budget de dépenses du gouvernement québécois*. Récupéré de : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/ressources-financieres/>
- Grabowiecka, S. (2011). Minorité sexuelle et individu: l'intervention auprès des femmes homosexuelles dans les soins de santé. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(2), 163-173. DOI :10.7202/1012134ar
- Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G et Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 1-12. DOI: 10.1080/26410397.2019.1593787

- Guerrina, R. Chapitre 6 : D'Amsterdam à Lisbonne et au-delà: réflexions sur vingt ans d'intégration de la dimension de genre dans l'Union européenne. Dans B. Vanhercke, D. Ghailani, S. Spasova et P. Pochet (dir.), *Bilan social de l'Union européenne 1999-2019 : une route longue et sinueuse* (p.133-148). Bruxelles : Institut syndical européen (ETUI) et Observatoire social européen (OSE).
- Guest, G., Bunce, A., et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. DOI :10.1177/1525822X05279903
- Hababa, H. (2020). Évaluation de l'efficacité d'une formation continue : Cas du personnel de la santé du CHU Mohammed VI de Marrakech. *International Social Sciences and management Journal*, (3). DOI : 10.34874/IMIST.PRSM/ISSM/23953
- Hafeez, H., Zeshan, M., Tahir, M. A., Jahan, N. et Naveed, S. (2017). Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. *Cureus*, 9(4). DOI : doi:10.7759/cureus.1184
- Herek, G.M. (1998). *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals. Psychological perspectives on lesbian and gay issues, Vol. 4*. Thousand Oaks : Sage Publications. ISBN : 0-8039-5384-4
- Herz, M. et Johansson, T. (2015). The Normativity of the Concept of Heteronormativity. *Journal of Homosexuality*, 62(8), 1009-1020. DOI: 10.1080/00918369.2015.1021631
- Huberman, A. M. et Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Éditions du Renouveau pédagogique, De Boeck. ISBN : 2-8041-1486-4
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). [2017a]. *Adapter nos interventions aux réalités des personnes de la diversité sexuelle, leur couple et leur famille : Cahier du participant*.
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). [2017b]. *Sexes, genres et orientations sexuelles : comprendre la diversité : Documents d'accompagnement*.
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). [2020]. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : Rapport annuel 2019*.
- Jara Schoch, T. (2016). *Comment améliorer l'anamnèse sexuelle des patient-es LGB chez le médecin généraliste ?* (Dissertation doctorale). Université de Lausanne.
- Jouvin, É., Beaulieu-Prévost, D. et Julien, D. (2005). Minorités sexuelles: des populations plus exposées que les autres. *Baromètre santé 2005*.

- Kinnish, K. K., Strassberg, D. S., Turner, C. W. (2005). Sex differences in the flexibility of sexual orientation: a multidimensional retrospective assessment. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 173–83. DOI : 10.1007/s10508-005-1795-9
- Klein, E. W. et Nakhai, M. (2016). Caring for LGBTQ patients: methods for improving physician cultural competence. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(4), 315-324. DOI: 10.1177/0091217416659268
- Krifa, F., Gagnon, J. et Nouria, A. (2014). Description des facteurs facilitants et contraignants l'utilisation des résultats de la recherche: le point de vue d'infirmiers tunisiens. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 40-56. DOI : 10.3917/rsi.116.0040.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L. H. Groulx, J. P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 376-389). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London : Sage.
- Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Weaver, J., Navia, D. et Este, D. (2015). A pilot study of a group-based HIV and STI prevention intervention for lesbian, bisexual, queer, and other women who have sex with women in Canada. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(6), 321-328. DOI: 10.1089/apc.2014.0355
- Marques, A. M., Nogueira, C., et de Oliveira, J. M. (2015). Lesbians on medical encounters: Tales of heteronormativity, deception, and expectations. *Health Care for Women International*, 36(9), 988-1006. DOI: 10.1080/07399332.2014.888066
- Marrazzo, J. M. et Gorgos, L. M. (2012). Emerging sexual health issues among women who have sex with women. *Current Infectious Disease Reports*, 14(2), 204-211. DOI : 10.1007/s11908-012-0244-x
- McCann, E. et Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse education today*, 64, 204-214. DOI : 10.1016/j.nedt.2018.02.028
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyses des données qualitatives (2e Éd.)*. Paris : De Boeck Université. ISBN : 2-7445-0090-3
- Mimeault, I. (2005). Pour le dire... Les services sociaux et les services de santé pour les lesbiennes. *Canadian Woman Studies*, 24(2).
- Mullinax, M., Schick, V., Rosenberg, J., Herbenick, D. et Reece, M. (2016). Screening for sexually transmitted infections (STIs) among a heterogeneous group of WSW (M). *International Journal of Sexual Health*, 28(1), 9-15. DOI: 10.1080/19317611.2015.1068904

- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Munson, S. et Cook, C. (2016). Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3497-3510. DOI : 10.1111/jocn.13364
- Nóbrega, B. S. M., Rodrigues, J. L., Almeida, R. O., de Mello Abdalla, F. T., Nichiata, L. Y. I. et de Carvalho, P. M. G., (2013). Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study. *Online Brazilian journal of nursing*, 12(4), 931-941.
- Nuñez, D. G. et Jäger, M. (2011). Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles ? *Forum Med Suisse*, 11(12), 213-217. DOI: 10.4414/fms.2011.07465
- Office québécois de la langue française. (2019). *Personne trans*. Récupéré de : https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26532486
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Santé sexuelle*. Récupéré de : https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Ottavioli, P. (2019). *Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes: enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhônalpins* (Dissertation doctorale). Université de Grenoble.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Pasquier, A et Richard, S. (2016). *Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : Inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment* (Dissertation doctorale). Université de Toulouse III – Paul Sabatier.
- Paternotte, D. (2012). *Revendiquer le " mariage gay ". Belgique, France, Espagne*. Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles. ISBN : 9782800414997
- Pires. A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.113-169), Montréal : G. Morin.
- Pelletier, C. et Pagé, G. (2002). Les critères de rigueur scientifique en recherche. *Méthodologie de recherche en soins infirmiers*, 68, 35-42.
- Poisson, Y. (2011). *La recherche qualitative en éducation*. Puq. ISBN : 2-7605-0643-

- Potvin, M. (2014). Diversité ethnique et éducation inclusive: fondements et perspectives. *Éducation et sociétés*, (1), 185-202. DOI : 10.3917/es.033.0185
- Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (1997). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines* (2e éd.). Sprimont : Mardaga Éditeur.
- Prearo, M. (2015). La naissance de la formule « LGBT » en France et en Italie: une analyse comparative des discours de mobilisation. *Cultures & Conflits*, (97), 77-95. DOI : 10.4000/conflits.18956
- Rahman, M. et Valliani, A. (2016). Challenging the opposition of LGBT identities and Muslim cultures: initial research on the experiences of LGBT Muslims in Canada. *Theology & Sexuality*, 22(1-2), 73-88. DOI : 10.1080/13558358.2017.1296689
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique-Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS). ISBN: 978-2-9812578-1-9
- Richard, G. (2019). *Hétéro, l'école ? Plaidoyer pour une éducation antioppressive à la sexualité*. Montréal : Les éditions du remue-ménage. ISBN : 978-2-8991-681-4
- Rouanet, M. (2018). *Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : Étude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique* (Dissertation doctorale). Université Claude Bernard - Lyon 1.
- Rowen, T. S., Breyer, B. N., Lin, T.-C., Li, C.-S., Robertson, P. A. et Shindel, A. W. (2013). Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 120, 42-45. DOI : [10.1016/j.ijgo.2012.08.011](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.08.011)
- Rufino, A. C., Madeiro, A., Trinidad, A., Santos, R. et Freitas, I. (2018). Sexual practices and health care of women who have sex with women: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(4), 1-10. DOI : 10.5123/S1679-49742018000400005
- Schwarzer, R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a theoretical framework to understand behavior change. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 119-130. DOI : 10.15517/ap.v30i121.23458
- Schwarzer, R. et Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141-151. DOI : 10.1027/1016-9040.13.2.141
- Spengler, E. S., Miller, D. J. et Spengler, P. M. (2016). Microaggressions: Clinical errors with sexual minority clients. *Psychotherapy*, 53(3), 360. DOI : 10.1037/pst0000073

- Starrs, A. M. et Anderson, R. (2015). Definitions and debates: sexual health and sexual rights. *Brown Journal of World Affairs*, 22, 7.
- Steele. [2015]. *Les couples de même sexe et l'orientation sexuelle... en chiffres : L'orientation sexuelle*. Récupéré de : http://www.statcan.gc.ca/fra/quo/smr08/2015/smr08_203_2015#a3
- Sue, D.W. (2010). *Microgressions in everyday life: Race, gender and sexual orientation*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Taha, S., Garneau, A. B. et Bernard, L. (2020). Une revue de la portée sur la pratique infirmière auprès des personnes âgées issues de la diversité sexuelle et de genre. *Recherche en soins infirmiers*, (140), 29-56.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research. Analysis types and software tools*. New York : The Falmer Press. ISBN : 13 : 978-1-850-00609-1
- Tjepkema, M. (2008). Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada. *Rapports sur la santé de Statistique Canada*, 19(1), 57-70.
- Turner, G. W. (2020). *The Circles of Sexuality: Promoting a Strengths-based Model Within Social Work that Provides a Holistic Framework for Client Sexual Well-being*. University of Kansas Libraries.
- Woodward, A. (2004). Building Velvet Triangles : Gender and Informal Governance. Dans S. Piattoni et T. Christiansen (dir.), *Informal Governance and the European Union* (p.76-93). Londres : Edward Elgar.
- Woodward, A. (2015). Travels, triangles and transformations. Implications for new agendas in gender equality policy. *Tijdschrift voor genderstudies*, 18(1), 5-18. DOI : 10.5117/TVGN2015.1.WOOD
- Ybarra, M.L., Rosario, M., Saewyc, E. et Goodenow, C. (2016). Sexual behaviors and partner characteristics by sexual identity among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 310-316. DOI : 10.1016/j.jadohealth.2015.11.001