



**« Faire quelque chose pour la communauté, sans la
communauté, c'est le faire contre la communauté » :
L'expérience de soins de santé de la diversité sexuelle et de genre
d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale**

Une recherche qualitative descriptive

Mémoire présenté
dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

PAR
© **Malika Degrâce-Roy**

Mai 2026

Composition du jury :

Julie Gagnon, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Dave A. Bergeron, directeur de recherche, Université du Québec à Rimouski

Lynda Rey, codirectrice de recherche, École nationale d'administration publique

**David Buetti, examinateur externe, École de santé publique de l'Université de
Montréal**

Dépôt initial le 14 janvier 2026

Dépôt final le 24 mai 2026

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski 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 Rimouski 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 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.

À tout·es les militant·es et activistes de ce monde qui puisent leur force, leur courage, leur détermination, dans l'espoir d'un monde plus juste, plus intègre, plus équitable, plus sécuritaire et qui, dans tous leurs petits gestes, luttent contre la haine, contre l'injustice, contre l'ignorance. Vous avez toute mon admiration et ma gratitude.

REMERCIEMENTS

À mon équipe de direction, Dave Bergeron et Lynda Rey, je ne saurais assez vous remercier pour l'encadrement au-delà de toutes attentes. Merci pour les discussions pleines de sagesse et d'expérience. Merci pour la générosité de votre temps et énergie et pour la passion transmise, la vraie.

Merci au Dr Philippe Lukanu Ngwala, professeur au département de médecine familiale et de soins de santé primaires pour l'expertise précieuse des enjeux locaux et la connaissance indispensable du système de santé, merci de votre générosité et de votre rigueur.

Merci au Directeur Felly Lonzolo du département suivi et évaluation et à son équipe. Merci pour la facilitation locale, pour votre disponibilité et votre générosité tout au long du projet.

Merci à Thérèse Kabale Omari, pour votre apport intellectuel, vos connaissances, votre entregent et hospitalité. Merci également à toute l'équipe de la FFP pour sa disponibilité et ses connaissances terrain.

Merci à Roxanne Tshibanda Mbwaya et à toute l'équipe d'Oasis, merci pour votre force militante, pour l'amitié, pour la sincérité de nos échanges, si riches.

Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude aux organismes subventionnaires qui ont permis la réalisation de ce projet de recherche. Ainsi, je remercie L'Université du Québec à Rimouski (UQAR) pour la Bourse d'excellence en recherche pour étudiantes et étudiants inscrits à l'UQAR dans un programme de maîtrise, l'axe Santé mondiale du Réseau de recherche en santé des populations du Québec pour la bourse de Soutien au partage des résultats de recherche auprès des personnes participantes ou parties prenantes dans un projet de santé mondiale, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, pour le Prix inspiration 2023 ainsi que pour la Bourse d'excellence pour des études de cycles supérieurs en sciences infirmières, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) en partenariat avec le Collectif de recherche sur la santé en région (CoRSeR) pour la Bourse du RRISIQ

2022-2023, le ministère de l'Enseignement supérieur (MES) en collaboration avec le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI) pour la Bourse de fin d'études à la maîtrise, la Fondation de l'Université du Québec à Rimouski pour la Bourse Rolande-Pelletier pour des études avancées en sciences infirmières et la Bourse d'accueil à la maîtrise ainsi que le CoRSeR pour la Bourse de soutien à la publication.

Un merci également à Jérôme Pelletier, pour avoir toujours poussé mes réflexions éthiques plus loin, merci d'être un allié à bien des causes avec toute l'humilité que je te connais, merci d'avoir cru en mes compétences d'enseignante et de demeurer un mentor pour moi.

Merci à mes amis·es et ma famille pour le soutien, les encouragements et l'intérêt que vous avez toujours eu de m'entendre parler sans cesse de ce projet qui me tient tant à cœur. Merci à mamie Francine pour la révision linguistique. Mille excuses à ma petite maman à qui j'ai fait vivre bien trop d'inquiétudes pour une seule vie. Merci, papa, d'avoir été présent pour la rassurer et l'apaiser. Merci à ma petite sœur, Marion, d'être la relève militante de la famille. Merci à mon épouse, ma meilleure amie, ma Sam, qui m'a toujours supportée, rassurée, et surtout aimée, même dans les moments les plus difficiles de ce parcours.

Surtout, un immense merci aux participants·es de ce projet de recherche. Merci de vous être prêtés·es au processus, de vos confidences, de votre authenticité, d'avoir accepté de vous montrer vulnérables. Merci de votre intérêt, et de votre implication précieuse sans laquelle tout ceci n'aurait été possible.

Na liboso, matondo mingi na bino nyonso oyo bozali kati na mosala ya boluki makoki ya bato . Matondo mpo na koyamba ndenge ya mosala, mpo na makambo bosakolaki, mpo na kozala ya solo, mpe mpo na kondima komonana bato ya botawu. Matondo mingi mpo na mposa na bino, mpe mpo na kosala na motuya oyo soki ezalaki te, nyonso oyo ekokaki kozala te. Bomoï na bino mpe bosali na bino nde esali ete likambo oyo ekoma ya solo.

AVANT-PROPOS

De l'intérêt à l'investigation

Tout d'abord, il m'apparaît incontournable d'aborder le cheminement qui a orienté le sujet de ce mémoire. Mon parcours académique m'a offert l'occasion d'effectuer 2 expériences interculturelles en santé, soit un premier stage clinique au collégial dans la ville de Kébémér (Louga, Sénégal) en mars 2018 ainsi qu'un second dans le cadre d'un cours complémentaire au baccalauréat dans le village de Joal (Thiès, Sénégal) en mai 2019. Lors de ces deux séjours, j'ai été directement impliquée dans les milieux de soins locaux dans les postes et centres de santé où j'ai pu y découvrir le rôle holistique qu'y occupe le personnel infirmier. Ces deux premières expériences internationales m'ont permis de prendre conscience des réalités sanitaires et sociales très différentes de celles qu'on retrouve en contexte occidental.

En août 2020, j'ai entrepris une maîtrise en sciences infirmières au profil mémoire avec la ferme intention d'orienter mon projet de recherche vers la santé mondiale. Mes préoccupations et engagements militants ont également teinté mes intérêts en recherche. Étant directement concernée par les enjeux de la diversité sexuelle et de genre, j'ai été amenée à me questionner sur les réalités de cette communauté à l'échelle internationale. Plus particulièrement, mes expériences ont suscité une profonde préoccupation pour la situation des diversités sexuelles et de genre en Afrique. J'ai toujours été portée par un intérêt marqué pour la défense des intérêts de cette communauté, d'abord par appartenance, mais également par conviction militante. Lors de mes séjours en Afrique de l'Ouest, j'ai vécu la nécessité de « rester dans le placard » par souci de sécurité, mais également par respect des mœurs locales. Ayant moi-même été confrontée à des comportements hétéronormatifs, invalidants et même parfois homophobes lorsque je nécessitais des soins de santé dans mon pays, cette réalité m'a vite interpellée. Je me suis demandé comment pouvait se dérouler l'expérience de soins de ma communauté dans des pays où les enjeux sont si différents.

Lors de mon séjour à Joal, nous étions hébergés chez Virgile, l'infirmier-chef de poste, à qui nous étions jumelés pour la durée du stage. Je me souviendrai toujours de l'usine

de transformation de poisson qu'il avait tenu à nous faire visiter lors d'un jour de congé. Il nous expliqua comment les bailleurs occidentaux, animés de louables intentions, avaient financé la construction de grands foyers et l'installation de hautes tables afin d'améliorer les conditions sanitaires du fumage et du séchage de poissons. Pourtant, cette initiative s'était révélée totalement vaine. Les foyers avaient été abandonnés au profit des amas de cendres encore fumants tandis que les chats errants profitaient de l'ombre des tables inutilisées reniflant les poissons laissés à même les filets de pêche au sol. Ce sont des images qui ont marqué mon imaginaire et influencé ma réflexion. Cette situation illustre les conséquences d'un manque d'écoute des réalités locales : on a voulu résoudre un problème qui n'était pas perçu comme tel. Les foyers et tables, trop petits, ne répondaient pas aux besoins croissants d'une industrie qui approvisionne toute l'Afrique de l'Ouest. Cette visite, aussi anecdotique soit-elle, a donné le ton à ce qui allait suivre.

C'est en discutant des différentes préoccupations et réflexions que m'avaient permises mes premières expériences en Afrique que mon directeur et moi avons amorcé l'exploration du sujet. Il m'a rapidement mis en lien avec une collègue, Lynda, qui est devenue ma co-directrice. Expérimentée dans les projets de recherche en Afrique, elle m'a notamment accompagnée dans la planification de la collecte de données sur le terrain et m'a mise en lien avec des organismes locaux qui sont devenus des partenaires clés dans ma recherche.

Tout au long de la préparation du projet, j'ai longuement réfléchi quant à la légitimité de ma recherche au regard de ma perspective occidentale. Tout en souhaitant donner une voix à ces communautés, je ne voulais ni parler à leur place ni accroître leur vulnérabilité. Il était essentiel d'adopter une approche qui tienne compte de ces systèmes d'oppressions dont je bénéficie en tant que personne blanche, occidentale, canadienne et cisgenre. J'avais à cœur de m'éduquer, de déconstruire mes préjugés, biais culturels et coloniaux et de m'entourer de gens d'autres horizons, porteurs de perspectives complémentaires. Ces réflexions m'ont amenée à mettre en place des mesures visant à protéger et promouvoir les intérêts réels des participants·es. Afin de m'éloigner des approches paternalistes, j'ai choisi de privilégier

l'autodétermination des communautés, reconnaissant leurs compétences, leurs connaissances et leurs savoirs expérientiels. Souhaitant répondre à cette ambition, j'ai veillé à impliquer les participants·es à différentes étapes de la recherche.

Écriture et engagement : au-delà des normes

Dans une volonté d'inclure toutes les personnes et en adéquation avec la raison d'être de ce mémoire, vous constaterez une préoccupation soutenue à la rédaction. L'utilisation de l'écriture non binaire telle que définie par l'Office québécois de la langue française (OQLF) (2020) sera celle priorisée tout au long de cet ouvrage.

Bien que l'OQLF (2020) déconseille l'utilisation de la graphie tronquée ou encore des néologismes (iels, frœur, etc.), je suis d'avis que cela demeure la meilleure façon de représenter toutes les identités. Par ailleurs, il s'agit de la forme d'écriture la plus utilisée par la communauté elle-même (Maussa-Lopez, 2021). Tout argument en lien avec la lourdeur syntaxique, ou la non-reconnaissance par des instances gouvernementales telles l'OQLF demeure, à mon humble avis, une forme de résistance à l'inclusion et au changement. La langue doit rester vivante, s'adapter aux individus et surtout ne pas les restreindre à un cadre. D'ailleurs c'est en réponse à la binarité grammaticale de la langue française que s'est imposée l'utilisation de certains néologismes (Maussa-Lopez, 2021).

Accomplissements en parallèle du mémoire

En plus de l'idéation, la rédaction, la révision et la soumission en tant que première autrice des articles qui constituent ce mémoire, j'ai eu l'opportunité, au travers de mes études, de développer mes compétences et connaissances parallèles. D'abord, depuis la fin de mes études collégiales, j'ai pratiqué comme infirmière dans différents milieux cliniques, allant de la cardiologie et neurologie, passant par la médecine-chirurgie jusqu'aux soins en unités psychiatriques. J'ai été titulaire de différents postes que j'ai occupés à temps partiel à travers mes études. Par ailleurs, depuis le début de mon parcours au deuxième cycle, j'ai eu l'occasion de développer mes compétences en pédagogie et en recherche. J'ai d'abord obtenu un remplacement au poste d'auxiliaire d'enseignement et de recherche au département des

sciences de la santé de mon université de mars à décembre 2021. Un professeur au département m'a engagé lors de la même période pour des tâches de correction et d'élaboration de matériel pédagogique, ce qui m'a permis de me familiariser davantage avec l'enseignement. J'ai eu ma première charge de cours au trimestre d'hiver 2022 pour le cours SSN14013-05 Enjeux éthiques et déontologiques en soins infirmiers. Depuis 2023, j'ai également des contrats ponctuels d'auxiliaire de recherche auprès de professeurs au module des sciences infirmières. Au trimestre d'automne 2025, j'ai obtenu la charge du cours SSN20921-FD Soins interculturels. Depuis octobre 2025, j'ai graduellement laissé mes fonctions en milieu clinique pour me concentrer sur mon nouveau rôle d'agente de recherche au département.

Finalement, mes travaux au baccalauréat m'ont permis une première publication et ceux de la maîtrise, de multiples présentations scientifiques présentées comme suit.

Article : Degrâce-Roy M.; Bergeron D.A. & Rey L. (2022). Lutter contre la culture du viol : nécessité d'une action infirmière auprès des étudiants·es postsecondaires. *L'infirmière clinicienne*. 19(Supplément), 1-3.

Présentations : Degrâce-Roy, Rey, L., Lukanu, P., Lonzolo Imbanga, F. & Bergeron, D.A. (2024). « Faire quelque chose pour la communauté sans la communauté, c'est le faire contre la communauté » : co-construction d'un processus de transfert de connaissances des résultats d'une recherche qualitative descriptive. Présentation orale au Colloque international sur les approches émergentes en coconstruction et évaluation d'interventions avec des groupes en situation de vulnérabilité, En ligne, Canada.

Degrâce-Roy, M., Rey, L., Kabale Omari, T., Lukanu, P. & Bergeron, D.A. (2024). L'expérience de soins de santé pour les populations clés d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale : résultats d'une recherche qualitative descriptive. Présentation orale à l'Ambassade du Canada, En ligne, Canada.

Degrâce-Roy, M., Rey, L., Kabale Omari, T., Lukanu, P. & Bergeron, D.A. (2024). L'expérience de soins de santé pour les populations clés d'un milieu urbain d'un pays

d'Afrique centrale : résultats d'une recherche qualitative descriptive. Présentation orale des résultats de recherche aux participants·es et parties prenantes du projet de recherche.

Degrâce-Roy M., Pelletier, J. & Bergeron, D.A. (2023). Réflexions éthiques sur la recherche en santé auprès de la communauté LGBTQ+ en Afrique centrale. Présentation orale au Colloque 120 « Entendre la voix des populations sur la santé en région » du Collectif de recherche sur la santé en région (CoRSeR) dans le cadre du 90e Congrès de l'Acfas, Montréal, Canada.

Degrâce-Roy, M., Lukanu, P., Rey, L. & Bergeron, D.A. (2023). L'expérience de soins de santé pour les populations clés d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale : résultats d'une recherche qualitative descriptive. Présentation orale à la Conférence canadienne sur la santé mondiale 2023, Ottawa, Canada.

Degrâce-Roy, M., Rey, L. & Bergeron, D.A. (2023). L'expérience de soins de santé pour les populations clés d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale : résultats préliminaires. Présentation orale au Colloque de la maîtrise en sciences infirmières du réseau de l'Université du Québec – 23e édition, Chicoutimi, Canada.

Degrâce-Roy, M. & Bergeron, D.A. (2023). Résultats préliminaires d'une cartographie des chercheurs·euses intéressés·es par les thématiques de la santé autochtone au Québec en contextes de crises. Présentation orale à la Conférence annuelle du Réseau Québec Covid-Pandémie, En ligne, Canada.

Degrâce-Roy, M., Rey, L. & Bergeron, D.A. (2022). Expériences de soins de santé de la communauté LGBTQ+ en Afrique, un examen de la portée. Présentation orale au Colloque de maîtrise en sciences infirmières du réseau de l'Université de Québec, Rimouski, Canada

RÉSUMÉ

Problématique : L'expérience de soins de santé est influencée par des enjeux économiques, géographiques et culturels. Certaines populations — notamment les populations clés issues de la diversité sexuelle et de genre — sont particulièrement vulnérables en raison de leur identité. Elles font face à des besoins spécifiques en termes de santé tout en subissant des oppressions qui impactent leurs expériences de soins, de manière très variable selon les contextes locaux. Pourtant, les écrits scientifiques s'intéressant à l'expérience de soins de ces communautés en Afrique centrale demeurent limités. **But et objectifs :** Cette étude visait à mieux comprendre l'expérience de soins de santé de la DSG d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale. Pour ce faire, elle visait à : (1) explorer les facteurs d'influence à l'expérience de soins et (2) décrire les enjeux relatifs à celle-ci. **Méthode :** Un devis descriptif qualitatif a été utilisé. L'échantillon était composé des personnes de la DSG (n=9), de soignants·es (n= 4) et de travailleurs·euses communautaires (n= 3) qui ont été recrutés selon un échantillonnage intentionnel via deux partenaires locaux. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été effectuées avec les participants·es. Les verbatims ont été co-codés selon une approche d'analyse thématique et croisée d'un journal de recherche, permettant ainsi une triangulation des données. Un processus de transfert de connaissance a également été mis en œuvre comme dernière étape de ce projet. **Résultats :** Bien que des barrières subsistent pour la DSG — stéréotypes, bris de confidentialité, refus de soins — de même qu'un contexte sociopolitique ambigu, plusieurs facilitateurs — les centres de santé conviviaux, la gratuité de certains soins et la formation des prestataires — sont ressortis des résultats. Toutefois, l'efficacité de celles-ci n'est pas unanime. Plusieurs enjeux tels des limites structurelles et organisationnelles des centres conviviaux ont notamment été soulevés. **Discussion :** Malgré les récentes avancées pour les soins de santé de la DSG, les résultats de cette étude apportent plusieurs éléments de réflexions pour développer des interventions mieux adaptées à leurs besoins. Les connaissances générées par ce projet permettront également de soutenir les plaidoyers de la DSG.

Mots clés : expérience de soins de santé; diversité sexuelle et de genre; LGBTQ; populations clés; recherche qualitative; Afrique centrale; Afrique sub-saharienne

ABSTRACT

Background: Healthcare experience is shaped by economic, geographic and cultural issues. Specific populations — particularly key population from sexual and gender diversity — are specifically vulnerable because of their identity. They face specific health needs while also experiencing forms of oppression that affect their care experiences, depending on local contexts. However, scientific literature examining the care experience of these communities in Central Africa remains limited. **Purpose and goals:** Purpose of this study was to better understand healthcare experience of sexual and gender diversity in an urban area in a Central African country. It aimed to: (1) explore the influencing factors of the healthcare experience and (2) describe the related issues. **Method:** A qualitative descriptive design was used. The sample consisted of individuals from sexual and gender diversity (n=9), healthcare providers (n=4) and community workers (n=3) who were recruited through purposive sampling via two local partners. Semi-structured individual interviews were conducted with each participant. Transcripts were co-coded using a thematic analysis approach and cross-analyzed with research journal, allowing data triangulation. A knowledge translation process was also implemented as the final stage of the project. **Results:** Although barriers persist for sexual and gender diversity —such as stereotypes, breaches of confidentiality, and denial of care— as well as an ambiguous sociopolitical context, several facilitators emerged from the findings, including friendly health centers, free access to certain services, and training for healthcare providers. However, the effectiveness of these facilitators is not unanimous. Several challenges were highlighted, notably structural and organizational limitations within friendly health centers. **Discussion:** Despite recent healthcare improvements for sexual and gender diversity, the findings of this study provide important insights for developing interventions better tailored to their needs. Knowledge generated by this research will also benefit advocacy efforts for sexual and gender diversity.

Keywords: healthcare experience; sexual and gender diversity; LGBTQ; key populations; qualitative research; Central Africa; sub-Saharan Africa

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ix
AVANT-PROPOS	xi
RÉSUMÉ	xvii
ABSTRACT.....	xix
TABLE DES MATIÈRES	xxi
LISTE DES TABLEAUX	xxiii
LISTE DES FIGURES	xxv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xxvii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
LA SANTE MONDIALE COMME CHAMP TRAVERSE PAR LES INEGALITES STRUCTURELLES.....	1
REPENSER LES MODALITES DE LA RECHERCHE EN SANTE MONDIALE	3
DIVERSITE SEXUELLE ET DE GENRE ET EXPERIENCES DE SOINS EN AFRIQUE CENTRALE	5
ANCRAGE DU PROJET DE RECHERCHE DANS LES SCIENCES INFIRMIERES.....	6
PRESENTATION DU MEMOIRE ET DES ARTICLES.....	8
JUSTIFICATION DE L'ABSENCE DE CADRE CONCEPTUEL FORMEL.....	9
CHAPITRE 1 L'expérience de soins de santé des membres de la diversité sexuelle et de genre : Un examen de la portée.....	13
RESUME EN FRANÇAIS DU PREMIER ARTICLE	13
HEALTHCARE EXPERIENCES OF SEXUAL AND GENDER MINORITIES IN SUB- SAHARAN AFRICA: A SCOPING REVIEW	15
CHAPITRE 2 « Il faut inclure tout le monde » - L'expérience de soins de santé de la diversité sexuelle et de genre d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale : résultats d'une recherche qualitative descriptive	41
RESUME EN FRANÇAIS DU DEUXIEME ARTICLE	41
« IL FAUT INCLURE TOUT LE MONDE » - L'EXPÉRIENCE DE SOINS DE SANTÉ DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE ET DE GENRE D'UN MILIEU URBAIN D'UN PAYS	

D'AFRIQUE CENTRALE : RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE QUALITATIVE DESCRIPTIVE.....	43
CHAPITRE 3 Au-delà de la diffusion : coconstruire un processus de transfert de connaissances avec des populations clés, de la diversité sexuelle et de genre pour soutenir le plaidoyer et l'action collective	73
RESUME EN FRANÇAIS DU TROISIEME ARTICLE	73
AU-DELA DE LA DIFFUSION : COCONSTRUIRE UN PROCESSUS DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES AVEC DES POPULATIONS CLES, DE LA DIVERSITE SEXUELLE ET DE GENRE POUR SOUTENIR LE PLAIDOYER ET L'ACTION COLLECTIVE.....	75
CONCLUSION GÉNÉRALE	99
ANNEXE I GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE DESTINÉ AUX PERSONNES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE ET DE GENRE	105
ANNEXE II GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE DESTINÉ AUX PRESTATAIRES DE SOINS ET TRAVAILLEURS·EUSES COMMUNAUTAIRES	109
ANNEXE III FORMULAIRE DE CONSENTEMENT REMIS AUX PARTICIPANTS·ES	113
ANNEXE IV Approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAR	119
ANNEXE V Approbation du Comité d'éthique de la recherche du pays d'Afrique centrale.....	121
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	123

LISTE DES TABLEAUX

Table/Tableau 1. Search strategy keywords used across databases.....	18
Table/Tableau 2. Summary of included articles	22
Table/Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques des participants·es	51
Table/Tableau 4. Principaux résultats de recherche	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1. PRISMA Flow Diagram	20
-------------------------------------	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	American Psychological Association
BCI	Bureau de coopération interuniversitaire
BGM	Gay and bisexual men
GBMSM	Gay bisexual and other men who have sex with men
CDEAFC	Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COLUQ	Colombie-Université du Québec
CoRSeR	Collectif de recherche sur la santé en région
DSG	Diversité sexuelle et de genre
FRQS	Fonds de recherche du Québec – Santé
FSW	Female sex worker
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HIV	Human immunodeficiency virus
HCPs	Healthcare providers
KT	Knowledge translation
LBW	Lesbian and bisexual women
LGBTQ	Lesbiennes, gais, bisexuels·les, trans, queer
MSM	Men who have sex with men
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA

OQLF	Office québécois de la langue française
PNMLS	Programme national multisectoriel de lutte contre le SIDA
PS	Professionnel·le du sexe
PWUD	People who use drugs
RASP	Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique
RRISIQ	Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec
RRSPQ	Réseau de recherche en santé des populations du Québec
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience humaine acquise
TC	Transfert de connaissances
TG	Transgender people
TGM	Transgender man
TGW	Transgender woman
TUC	Transfert et utilisation des connaissances
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UQAR	Université du Québec à Rimouski
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World Health Organization
YMSM	Young gay, bisexual and other men who have sex with men

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La santé mondiale constitue aujourd'hui un champ de recherche à la fois incontournable et profondément débattu. À l'intersection des sciences de la santé, des sciences sociales et des études critiques, elle s'intéresse aux déterminants transnationaux de la santé, aux inégalités qui structurent l'accès aux soins et aux dynamiques politiques, économiques et culturelles qui façonnent les systèmes de santé à l'échelle globale (Koplan et al., 2009). Toutefois, au-delà de cette définition consensuelle, la santé mondiale soulève des interrogations fondamentales quant à sa légitimité, ses finalités et ses modalités d'action, en particulier lorsqu'elle est portée par des chercheurs·euses issus·es de pays à revenu élevé intervenant dans des contextes du Sud global.

Dans le cadre de ce projet de recherche, ces questionnements ont constitué un point de départ incontournable. En tant qu'étudiante-chercheuse, il m'a été nécessaire de justifier le choix d'une problématique située dans un pays d'Afrique centrale, tant du point de vue scientifique qu'éthique. Pourquoi consacrer du temps, des ressources et de l'énergie à l'étude de réalités éloignées géographiquement et culturellement, alors que de nombreux enjeux de santé persistent dans les pays du Nord global ? Quels bénéfices scientifiques, sociaux ou politiques peuvent découler d'une telle démarche, tant pour les communautés concernées que pour les systèmes de santé occidentaux ? Ces interrogations, fréquemment adressées aux projets en santé mondiale, appellent une réponse rigoureuse, ancrée dans les écrits scientifiques et dans une posture réflexive assumée. Les sections suivantes situent d'abord ces questionnements dans les inégalités structurelles et épistémiques qui traversent la santé mondiale, avant de discuter des modalités de recherche et de transfert de connaissances à privilégier dans une perspective de collaboration équitable.

La santé mondiale comme champ traversé par les inégalités structurelles

Certains·es auteurs·rices soulignent que l'engagement en santé mondiale est souvent motivé par des considérations personnelles, humanitaires et morales, telles que la recherche

de justice sociale, la solidarité internationale ou la reconnaissance d'une humanité partagée (Hyder et al., 2017; Pinto & Upshur, 2009). Hyder et al. (2017) expliquent notamment que l'une des impulsions morales favorisant l'engagement est la reconnaissance de la condition humaine comme une caractéristique commune. L'équité et la justice sociale naissent souvent, selon ces mêmes auteurs·rices, d'un constat de sa propre complicité à une hégémonie sociale en tant que bénéficiaires de ces dominations structurelles, l'indignation étant un moteur parfois suffisant à l'action (Hyder et al., 2017).

En ce qui a trait aux iniquités et injustices structurelles, elles sont également bien documentées dans les écrits scientifiques. Yegros-Yegros et al., (2020) ont mis en évidence que les pays à revenu élevé produisent 79,3 % des publications (pour 16% de la population mondiale y vivant et 10% du fardeau de la maladie) contre 4% des publications (48% de la population mondiale et 63% du fardeau de la maladie) pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Les résultats de leurs travaux indiquent que les pathologies dont la charge est la plus importante dans les pays à revenu élevé bénéficient d'un volume de recherche environ dix fois supérieur à celui consacré aux maladies exclusivement présentes dans les pays à faible revenu (Yegros-Yegros et al., 2020). Cette dernière observation met en évidence les disparités en matière de santé entre les pays, tout en les corrélant aux ressources dont ils disposent. Le constat y est sans équivoque ; l'équité en santé est loin d'être atteinte et l'ethnocentrisme académique accroît la vulnérabilité de populations déjà précarisées. Même lorsque certains pays à revenu élevé s'efforcent de soutenir la santé mondiale, leurs initiatives demeurent insuffisantes pour combler les écarts de financement en recherche et développement entre les pays (Yegros-Yegros et al., 2020).

Ces déséquilibres ne relèvent pas uniquement de contraintes matérielles ou financières ; ils s'inscrivent dans des dynamiques épistémiques plus larges. Plusieurs auteurs·rices dénoncent l'ethnocentrisme académique persistant, où les cadres théoriques, les méthodologies et les critères de validité scientifique sont majoritairement définis par des institutions occidentales (Abimbola, 2019; Haelewaters et al., 2021). Cette domination épistémique contribue à marginaliser les savoirs produits localement, à invisibiliser certaines

expériences de soins et à perpétuer des rapports de dépendance entre chercheurs·euses du Nord et du Sud. Ces déséquilibres ne sont pas sans conséquences et contribuent également à fragiliser la capacité collective à répondre à des enjeux de santé transnationaux.

Au-delà des considérations éthiques, des travaux soulignent que les inégalités en santé mondiale ont également des répercussions directes sur les pays à revenu élevé. Woods et al. (2023) affirment que les données disponibles confirment que le faible taux de recherche effectué dans le Sud global (pays à moyen et faible revenu) a également un impact significatif sur le Nord global (États-Unis, Canada, Europe, Australie, Nouvelle-Zélande). Un seul enjeu de santé publique est suffisant à établir l'interdépendance des nations et l'importance qui devrait être accordée à la santé mondiale (Edwards, 2011). Woods et al. (2023) insistent sur le fait qu'une collaboration entre pays est essentielle à la lutte aux pandémies. Celle de COVID-19 en est un exemple probant — elle-même contributive à l'accroissement des fossés — illustrant les risques encourus par les pays à revenu élevé à négliger les besoins en santé mondiale (Charani et al., 2022). Il suffit d'évoquer la « course à la vaccination » qui s'est orchestrée au profit des pays les plus nantis, au détriment des autres. Situation qui, en ces circonstances, a surtout permis la prolifération de variants desquels même les triplement vaccinés n'étaient pas protégés. Cette déplorable situation a inspiré la citation d'Amina J Mohammed, vice-secrétaire générale des Nations Unies : « Personne ne sera jamais vraiment en sécurité tant que tout le monde ne se sera pas [traduction libre] » (Mohammed, 2020). Ces constats soulignent que la question n'est plus uniquement de savoir s'il faut intervenir en santé mondiale, mais comment le faire de manière éthique, équitable et contextuellement pertinente.

Repenser les modalités de la recherche en santé mondiale

Si la légitimité de la santé mondiale comme champ de recherche apparaît désormais difficilement contestable, les modalités de son déploiement demeurent au cœur de vifs débats. Gautier et al., (2018) soulignent l'absence de consensus international quant à la définition même de la santé mondiale, en grande partie en raison des relations asymétriques qui continuent de structurer les collaborations Nord-Sud. Dans de nombreux projets, le

renforcement des capacités demeure envisagé comme un transfert unidirectionnel de ressources, de savoirs et de compétences du Nord vers le Sud, ce qui contribue à maintenir des rapports de dépendance hérités du colonialisme. Malgré les intentions les plus louables de rééquilibrer les pouvoirs, les transferts de ressources s’observent toujours unilatéralement, du Nord vers le Sud dans une perspective de renforcement des capacités, ce qui vraisemblablement perpétue les rapports de dépendance (Gautier et al., 2018).

Plusieurs critiques portent également sur les mécanismes de financement de la recherche, souvent alignés sur les priorités des bailleurs de fonds occidentaux plutôt que sur les besoins exprimés localement (Charani et al., 2022; Gautier et al., 2018; Haelewaters et al., 2021). Ces dynamiques influencent non seulement les thématiques étudiées, mais aussi les méthodologies employées, les langues de publication et les circuits de diffusion des résultats.

Face à ces constats, un nombre croissant d’auteurs·rices plaident pour une transformation en profondeur des pratiques de recherche en santé mondiale. Les recommandations sont nombreuses afin de repenser la recherche dans une volonté d’amélioration continue et de décolonisation des rapports. Il est préconisé que le renforcement des capacités se fasse en repensant les structures existantes, en suscitant l’introspection des chercheurs·euses et en soutenant un partage effectif des pouvoirs, ressources matérielles et humaines dans une volonté de gouvernance de collaboration (Masekela et al., 2022). Il est également souhaitable d’intégrer les participants·es de recherche dans toutes les étapes dans un esprit de co-construction, mais aussi des équipes de recherches basées dans les pays à moyen et faible revenu (Gautier et al., 2018; Masekela et al., 2022). Finalement, Masekela et al. (2022) rappellent l’importance d’adresser des enjeux qui font sens au niveau local tandis qu’Haelewaters et al. (2021), insistent sur la diffusion des résultats dans les revues locales et sur la co-signature des publications.

Dans cette perspective, le transfert de connaissances (TC) ne peut être envisagé comme une simple diffusion descendante des résultats. Il s’agit plutôt d’un processus dynamique, relationnel et situé, impliquant la co-construction des savoirs, leur validation collective et leur appropriation par les communautés concernées (Graham et al., 2006; Haelewaters et al.,

2021). Cette approche s'inscrit dans une logique de justice cognitive, entendue comme la reconnaissance de la pluralité des formes de savoirs et de leur valeur égale dans la production de connaissances pertinentes et socialement utiles. Cette conception du transfert de connaissances a guidé l'ensemble du projet présenté dans ce mémoire.

Diversité sexuelle et de genre et expériences de soins en Afrique centrale

Le présent mémoire porte sur l'expérience de soins (quelle soit individuelle ou organisationnelle) des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre (DSG) dans un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale. Les personnes de la DSG figurent parmi les populations les plus exposées aux inégalités de santé à l'échelle mondiale, en particulier dans les contextes où les identités et pratiques sexuelles non normatives sont stigmatisées ou criminalisées (UNAIDS, 2021). Leur accès aux soins est souvent entravé par des facteurs multiples, incluant la peur de la discrimination, le manque de compétences culturelles des prestataires, ainsi que des cadres légaux et sociopolitiques restrictifs.

D'un point de vue mondial, la stigmatisation vécue par la DSG va des expériences de violences extrêmes à des formes d'exclusions plus subtiles tels le rejet ou la privation d'accès à l'emploi ou aux soins de santé (Earnshaw et al., 2024). Lamontagne et al. (2018) identifient l'Afrique (à l'exception de l'Afrique du Sud et du Cap Vert) et le moyen orient comme les régions du monde où l'homophobie est davantage présente. Ils soutiennent d'ailleurs que les pays où l'homophobie est prépondérante ne comptent pas nécessairement moins d'homosexuels·les mais que ces contextes favorisent une sous-estimation et une sous-déclaration. Ils estiment que le niveau d'homophobie serait d'ailleurs étroitement lié à des diminutions des investissements en santé, à des entraves à la prévention et aux soins, à un non-respect des droits humains ainsi qu'à des inégalités genrées. En effet, les données les plus récentes démontrent que sur les 63 pays qui condamnent encore les relations sexuelles entre partenaires de même sexe, 33 d'entre eux font partie du continent africain (ILGA, 2026). Les résultats d'Earle et al. (2021) soutiennent que les contextes légaux vis-à-vis la DSG de différents pays sont prédictifs du niveau de soutien individuel qu'ils recevront.

Des avancées existent, mais elles demeurent particulièrement dans la région de l'Afrique australe. À ce jour, l'Afrique du Sud est le seul pays de tout le continent à permettre le mariage pour tous (2%), contre 100% des pays d'Amérique du Nord et 33% des pays d'Europe (ILGA et al., 2020). S'inscrivant dans une trajectoire comparable, le Cap-Vert et le Mozambique ont rejoint l'Afrique du Sud dans la dépénalisation de la sodomie, par exemple, et plusieurs autres pays ont commencé à prendre leurs distances par rapport aux lois discriminatoires de l'époque coloniale (Epprecht, 2018).

Tout en reconnaissant que les sexualités non normatives ne sont pas une issue d'une perversion occidentale et que celles-ci existaient avant l'époque coloniale (Epprecht, 2018), l'utilisation du terme « diversité sexuelle et de genre » dans ce mémoire résulte d'une réflexion critique sur l'exportation d'expressions occidentales telles que « LGBTQ » dans des contextes africains. Chitando et Mateveke (2017) soulignent que ces catégories, bien qu'utiles dans certains contextes militants ou institutionnels, ne rendent pas toujours compte de la complexité des expériences locales et peuvent reproduire des formes de domination symbolique. Le recours à une terminologie plus inclusive et contextuelle vise ainsi à reconnaître la pluralité des identités et des parcours, tout en demeurant attentif aux dynamiques de pouvoir qui traversent la production des savoirs.

Malgré l'importance de ces enjeux, la littérature scientifique demeure insuffisante, particulièrement en Afrique centrale. Les recherches existantes se concentrent majoritairement en Afrique australe, laissant dans l'ombre les expériences de soins vécues dans d'autres sous-régions du continent (Degrâce-Roy et al., accepté). Cette absence de données contribue à l'invisibilisation des réalités locales et limite la capacité à développer des interventions de santé adaptées et pertinentes.

Ancrage du projet de recherche dans les sciences infirmières

Le présent projet de recherche s'inscrit pleinement dans le champ des sciences infirmières, en cohérence avec les fondements épistémologiques et les préoccupations

contemporaines de la discipline. Les sciences infirmières se distinguent par une attention particulière portée à l'expérience vécue des personnes dans leur interaction avec les systèmes de soins, ainsi qu'aux dimensions relationnelles, organisationnelles et structurelles qui influencent l'accès aux soins, la qualité des pratiques et les trajectoires de santé (Matagira-Rondón et al., 2022; Thorne, 2025). Cette orientation rejoint directement les enjeux soulevés par la santé mondiale critique, qui invite à analyser les expériences de soins à la lumière des inégalités sociales, des rapports de pouvoir et des contextes sociopolitiques dans lesquels elles s'inscrivent.

La contribution spécifique des sciences infirmières réside notamment dans leur capacité à rendre visibles les expériences subjectives et contextuelles du soin, particulièrement chez les populations marginalisées ou exposées à des formes multiples de vulnérabilités (Thorne & Sawatzky, 2014). Il est démontré que les expériences de soins sont profondément façonnées par des facteurs structurels tels que la stigmatisation, la discrimination, les normes sociales et les cadres institutionnels, lesquels influencent de manière disproportionnée les groupes minorisés (Browne et al., 2016). L'étude de l'expérience de soins des personnes issues de la DSG dans un contexte d'Afrique centrale s'inscrit ainsi directement dans cette tradition disciplinaire, en cherchant à comprendre comment les pratiques professionnelles, les interactions cliniques et l'organisation des services de santé contribuent à façonner ou entraver l'accès à des soins sécuritaires, respectueux et équitables.

Par ailleurs, les sciences infirmières ont joué un rôle central dans le développement d'approches critiques et engagées axées sur l'équité, la justice sociale et la reconnaissance des déterminants structurels de la santé. Les recherches portant sur les soins orientés vers l'équité montrent que l'intégration de principes tels que la sécurité culturelle, la lutte contre la stigmatisation et l'analyse des rapports de pouvoir permettent d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins pour les populations marginalisées (Ford-Gilboe et al., 2018). En s'inscrivant dans une conception élargie du rôle infirmier, ce projet contribue à la mission des sciences infirmières visant à transformer les pratiques et à réduire les inégalités en santé,

tant dans les contextes locaux que dans une perspective de santé mondiale socialement responsable (Garland & Batty, 2021; Kitson et al., 2017).

Présentation du mémoire et des articles

Le présent mémoire, rédigé sous la forme d'articles, vise à mieux comprendre l'expérience de soins de la diversité sexuelle et de genre d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale. Il poursuit deux objectifs principaux : (1) explorer les facteurs qui influencent l'expérience de soins des personnes de la DSG et (2) décrire les enjeux qui marquent leurs trajectoires au sein des systèmes de santé. À titre d'étudiante-chercheuse, j'ai assuré la conception, la mise en œuvre et l'analyse du projet, tout en m'inscrivant dans une démarche collaborative et interdisciplinaire. Je reconnais l'apport essentiel des partenaires communautaires, des participants·es et de l'équipe de recherche, dont les contributions ont été déterminantes à chaque étape du processus, de l'élaboration du protocole à la co-analyse des résultats et au TC.

Le premier article, qui constitue le chapitre 1 du mémoire, est une recension de la littérature sous la forme d'un examen de la portée (scoping review). Rédigé en anglais, il a été soumis à la revue *Gender and Behavior* en janvier 2026. Cet article synthétise les connaissances existantes sur l'expérience de soins de santé des minorités sexuelles et de genre en Afrique subsaharienne entre 2011 et 2021, puis mises à jour en janvier 2025. Les résultats de cet examen mettent en évidence une concentration marquée des recherches en Afrique australe, notamment en Afrique du Sud, ainsi qu'une quasi-absence de données portant sur l'Afrique centrale. Cette lacune empirique justifie la pertinence et l'originalité du projet de recherche présenté dans ce mémoire.

Le second article est une étude originale fondée sur les données empiriques recueillies dans le cadre du projet. Il décrit la méthodologie qualitative mobilisée et présente les principaux facteurs d'influence et enjeux vécus par les personnes de la DSG lors de leurs expériences de soins. Cet article a été soumis à la *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique* (RASP) en janvier 2026. La discussion met en lumière plusieurs pistes

de réflexion et de solutions visant à soutenir le développement de pratiques de soins plus adaptées, équitables et sensibles aux réalités contextuelles décrites par les participants·es.

Le troisième et dernier article prend la forme d'un commentaire portant sur la co-analyse et la validation des résultats avec les participants·es, ainsi que sur les activités de transfert de connaissances réalisées dans le milieu de recherche. Il rend compte du processus de mobilisation des savoirs mis en œuvre tout au long du projet, dans une perspective de co-construction et de justice cognitive. Cet article a été soumis à la revue francophone *Transfert et utilisation des connaissances* (TUC) en janvier 2026 et permet d'achever le cycle de recherche en cohérence avec les principes méthodologiques et éthiques qui ont guidé l'ensemble du mémoire.

Enfin, la conclusion générale propose une synthèse intégrée des travaux réalisés. Elle met en lumière les principaux apports théoriques, méthodologiques et disciplinaires du mémoire, tout en discutant de ses limites. La portée des résultats est analysée à la lumière de leurs implications pour la pratique clinique, en particulier en sciences infirmières, ainsi que de leur potentiel à améliorer l'expérience de soins des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. La conclusion ouvre également des pistes de recherche futures, afin de poursuivre la réflexion et d'approfondir la compréhension des enjeux soulevés.

Justification de l'absence de cadre conceptuel formel

Contrairement à de nombreux travaux en sciences infirmières qui s'appuient sur un cadre conceptuel ou théorique prédéfini, le présent projet n'a pas mobilisé de cadre conceptuel formel au moment de sa conception. Ce choix méthodologique est intentionnel et repose sur des considérations épistémologiques, méthodologiques et contextuelles.

En recherche qualitative, et plus particulièrement dans les études exploratoires visant à documenter des phénomènes peu étudiés, des auteurs·rices soutiennent qu'une approche inductive sans cadre conceptuel prédéterminé peut s'avérer non seulement pertinente, mais nécessaire (Creswell & Poth, 2025; Sandelowski, 2000). Sandelowski (2000) souligne que

l'imposition prématurée d'un cadre théorique peut restreindre la capacité des chercheurs·euses à saisir la complexité et la nouveauté des expériences étudiées, en orientant l'analyse vers des catégories préexistantes qui ne reflètent pas nécessairement les réalités vécues par les participants·es.

Dans le champ des sciences infirmières, Thorne (2025) rappelle que certaines questions de recherche, notamment celles portant sur l'expérience de soins, gagnent à être abordées à partir d'une posture interprétative ouverte, permettant aux significations de se construire à partir des récits des participants·es plutôt que d'être filtrées par un modèle théorique préalable. Cette posture est particulièrement indiquée lorsque les écrits existants sont fragmentaires ou concentrés dans des contextes socioculturels distincts de celui à l'étude, comme c'est le cas pour les expériences de soins de la diversité sexuelle et de genre en Afrique centrale.

Ce choix est également justifié par des considérations éthiques et épistémologiques propres à la recherche en contexte de santé mondiale. Plusieurs auteurs·rices mettent en garde contre l'exportation de cadres conceptuels développés dans des contextes occidentaux vers des réalités socioculturelles différentes, au risque de reproduire des formes de domination épistémique et de méconnaître les savoirs locaux (Abimbola, 2019; Büyüm et al., 2020). Dans le cas des personnes de la diversité sexuelle et de genre en Afrique centrale, l'imposition d'un cadre conceptuel occidental aurait pu invisibiliser certaines dimensions de l'expérience de soins ou imposer des catégories inadaptées aux réalités locales. Cette approche est aussi cohérente avec les recommandations en santé mondiale visant à reconnaître la pluralité des savoirs et à éviter l'imposition de grilles d'analyse exogènes (Masekela et al., 2022). Ainsi, l'absence de cadre conceptuel formel dans ce projet ne constitue pas une limite méthodologique, mais plutôt un choix délibéré, aligné avec les objectifs exploratoires de la recherche, les principes des sciences infirmières et les exigences éthiques de la recherche en santé mondiale.

CHAPITRE 1

L'EXPERIENCE DE SOINS DE SANTE DES MEMBRES DE LA DIVERSITE SEXUELLE ET DE GENRE : UN EXAMEN DE LA PORTEE

Résumé en français du premier article

Objectif : Les expériences de soins de santé des minorités sexuelles et de genre méritent une attention particulière. Bien que ces populations présentent des vulnérabilités spécifiques, leurs expériences varient considérablement d'un pays à l'autre. Cette revue de portée visait à cartographier l'état actuel des connaissances sur les expériences de soins de santé des minorités sexuelles et de genre en Afrique subsaharienne.

Méthode : Un examen de la portée (scoping review) suivant 5 des 6 étapes proposées par Arksey & O'Malley (2005) a été effectué dans trois bases de données dans MEDLINE, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and American Psychological Association (APA) PsycInfo. Un total de 1 163 articles a été recensé et 24 articles finaux ont été retenus après l'exclusion des doublons, et les tris des titres et des résumés.

Synthèse : La majorité des recherches répertoriées ont été conduites en Afrique australe avec une concentration importante en Afrique du Sud. Aucune étude provenant d'Afrique centrale ou de pays africains francophones n'a été identifiée dans les bases de données consultées. Les études recensées apportaient à la fois des expériences positives et des expériences négatives, telles que du harcèlement verbal, des comportements humiliants et de la stigmatisation.

Conclusion :

Le déséquilibre régional marqué dans ces ouvrages met en évidence une lacune géographique et linguistique notable dans la littérature limitant considérablement la transférabilité des résultats d'un contexte à un autre. De futures études complémentaires sont nécessaires afin d'en connaître les disparités régionales.

Mots-clés : Expérience de soins; recherche en santé; minorités sexuelles et de genre; Afrique subsaharienne; examen de la portée

Financement : Ce projet a été soutenu financièrement par le ministère de l'Enseignement supérieur du Québec, en partenariat avec le Bureau de coopération interuniversitaire et le Réseau québécois de recherche en interventions infirmières. Dave A. Bergeron bénéficie d'une bourse salariale Junior 1 du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

Conflits d'intérêts : Les auteurs·rices déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs·rices : Tous·tes les auteurs·rices ont contribué à l'élaboration du plan de l'étude. Malika Degrâce-Roy et Dave A. Bergeron ont participé à la collecte et à l'analyse des données. Malika Degrâce-Roy a rédigé le manuscrit, tandis que Lynda Rey et Dave A. Bergeron ont fourni des commentaires critiques sur les différentes versions. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale.

Remerciements : Nous tenons à remercier Lisa Starr pour la révision linguistique et Sandrine Vachon pour la validation de l'approche méthodologique.

* Cet article a été accepté par la revue Gender and Behaviour. Il est présenté selon ses exigences de rédaction. Les références sont détaillées dans le style APA 7^e éditions.

**Healthcare experiences of sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa: a
scoping review**

Authors:

Malika Degrâce-Roy, RN, BSN¹ (she/her), ORCID: 0000-0002-8967-1825

Lynda Rey, PhD² (she/her), ORCID: 0000-0003-2975-5696

Dave A. Bergeron, RN, PhD³ (he/him), ORCID: 0000-0002-8404-665X

1. *Master of Nursing student, Department of Health Sciences, Université du Québec à Rimouski, Québec, Canada*
2. *Affiliated Professor, Department of Health Sciences, Université du Québec à Rimouski, Québec, Canada*
3. *Associate Professor, Department of Health Sciences, Université du Québec à Rimouski, Québec, Canada*

Article page count: 20 pages

Abstract word count: 103 words

Figure count: 1

Table count: 2

Corresponding author: Dave A. Bergeron, RN, PhD
300, allée des Ursulines, C.P. 3300, QC G5L 3A1
Department of Health Sciences
Université du Québec à Rimouski
Email: Dave_Bergeron@uqar.ca

Healthcare experiences of sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa: a scoping review

Healthcare experiences among sexual and gender minorities warrant close attention. Although these populations face specific vulnerabilities, their experiences vary considerably across countries. This scoping review aimed to map the current state of knowledge on healthcare experiences of sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa. We searched MEDLINE, CINAHL, and APA PsycInfo for studies published between 2011 and 2025. Twenty-four articles met the inclusion criteria, reporting both positive encounters and negative experiences such as verbal harassment, humiliating behaviors, and stigmatization. The evidence is concentrated in South Africa, with limited literature from Central Africa. Geographic and cultural differences limit the transferability of findings across contexts.

Keywords: health experience; health research; sexual and gender minorities; sub-Saharan Africa; scoping review

Introduction

Healthcare experiences are closely tied to the contexts in which they occur and are shaped by economic, geographic, and cultural factors (World Health Organization [WHO], 2019). Multiple factors influence access to and quality of care (Levesque et al., 2013), many of which continue to create barriers to health equity (WHO, 2019). Some population groups—particularly sexual and gender minorities—remain vulnerable due to persistent social and structural inequalities (Waisel, 2013). Five key populations—men who have sex with men, sex workers, transgender people, people who inject drugs, and prisoners and other incarcerated people—face higher health risks, including HIV, while also encountering significant barriers to healthcare services (UNAIDS, 2022). Two of these populations—gay men and other men who have sex with men (MSM), and transgender people (TG)—are commonly included under the umbrella of sexual and gender minorities (UNAIDS, 2022). Our research team aims to adopt a decolonial approach by reflecting critically on our Western biases. Following the recommendations of Chitando & Mateveke (2017), we chose the term "sexual and gender minorities" for its inclusive potential. Despite our commitment to prioritizing local knowledge (Keikelame & Swartz, 2019), we remain aware of the limitations of our approach, welcome constructive criticism and remain open to dialogue as part of our

ongoing effort to engage in more ethical and context-sensitive research.

The health risks for sexual and gender minorities are well documented. Unfortunately, in 2016, key populations still accounted for 25% of new HIV infections in sub-Saharan Africa (UNAIDS, 2022). For instance, global HIV prevalence is 7,6% among MSM and 8,5% among TG compared to 0,7% among adults aged 15-49 (UNAIDS, 2025). Mental health is also an issue for sexual and gender minorities, who often face greater challenges in accessing appropriate care (McDermott et al., 2018).

Moreover, sexual and gender minorities' rights are not equal across the globe. Unfortunately, they continue to experience social marginalization due to disproportionate social inequities. Binary social constructions of gender and cultural taboos around sexuality further exacerbate homophobia and transphobia, reinforcing the stigma they face. Studies have identified several African countries with high levels of homophobia and criminalization of sexual and gender minorities (Human Rights Watch, 2021; Lamontagne et al., 2018). On their side, Earle et al. (2021) found a positive correlation between laws protecting sexual and gender minorities and the level of personal support expressed toward these groups.

As a result, sexual and gender minorities have specific healthcare and service needs, but their experiences of care vary widely depending on their location. This raises the central research question of this paper: What is currently known about the healthcare experiences of sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa? The main objective of this review was therefore to assess the state of existing knowledge on this topic.

Methods

Exploring the research landscape: a scoping review

We conducted a scoping review to address the research question. Scoping reviews are well suited to mapping broad and heterogeneous bodies of literature using inclusive eligibility criteria, without requiring formal appraisal of study quality (Arksey & O'Malley, 2005). This approach is especially valuable for efficiently mapping the scope, range, and nature of existing evidence, while simultaneously identifying gaps that may inform future

research (Arksey & O'Malley, 2005). Unlike systematic reviews, which typically focus on assessing the effectiveness of specific interventions, scoping reviews are designed to capture the breadth and diversity of available evidence, making them particularly useful for emerging or underexplored areas of research (Peters et al., 2021).

The review followed five of the six stages proposed in Arksey and O'Malley's (2005) methodological framework: (1) identifying the research question, (2) identifying relevant studies, (3) selecting studies, (4) charting the data, and (5) collating, summarizing, and reporting the results. The optional sixth stage—stakeholder consultation—was not undertaken, as it fell outside the scope of the current study. This review was inspired by the PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR), which provided methodological direction to strengthen transparency and reproducibility (Tricco et al., 2018), even though not all items were applicable.

Identification of relevant studies

Three databases were systematically searched: MEDLINE, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and American Psychological Association (APA) PsycInfo. The search strategy combined three sets of terms addressing (1) healthcare experience, (2) sexual and gender minorities, and (3) geographical context (see Table 1). The entire search strategy and study selection process were validated by a health sciences librarian, who provided expertise on database choice, keyword development, and Boolean construction.

Table/Tableau 1. Search strategy keywords used across databases

Concept	Keywords / Search terms	Notes
Healthcare experience	health* AND (experienc* OR acces* OR inequalit* OR discriminat* OR stigmatiz* OR stereotyp* OR marginaliz*)	Captures terms related to access, inequalities, and lived experiences in healthcare.
Sexual and gender minorities	gay* OR lesbian* OR glbt* OR homosexual* OR transgender* OR lgbt* OR "same sex" OR MSM OR "men who have sex with men"	Inclusive of LGBTQ communities, including MSM.

Geographic scope	Angola OR Benin OR Botswana OR "Burkina Faso" OR Burundi OR "Cabo Verde" OR Cameroon OR "Central African Republic" OR Chad OR Comoros OR "Democratic Republic of Congo" OR DRC OR "Congo Kinshasa" OR "Republic of Congo" OR "Congo Brazzaville" OR "Cote d'Ivoire" OR "Equatorial Guinea" OR Eritrea OR Eswatini OR Swaziland OR Ethiopia OR Gabon OR Gambia OR Ghana OR Guinea OR Guinea Bissau OR Kenya OR Lesotho OR Liberia OR Madagascar OR Malawi OR Mali OR Mauritania OR Mauritius OR Mozambique OR Namibia OR Niger OR Nigeria OR Rwanda OR "Sao Tome and Principe" OR Senegal OR Seychelles OR "Sierra Leone" OR Somalia OR "South Africa" OR "South Sudan" OR Sudan OR Tanzania OR Togo OR Uganda OR Zambia OR Zimbabwe OR "Sub-Saharan Africa" OR "Non-Mediterranean Africa" OR "Black Africa" OR "Central Africa" OR "East Africa" OR "Southern Africa" OR "West Africa"	Applied specifically in PsycInfo to delimit geographical context.
Limits	Published 2011–2024	English and French; updated search in January 2025.

Searches were initially conducted for the period from January 2011 to December 2021, and an update was performed in January 2025 to capture literature published between 2021 and 2025. The year 2011 was chosen as the starting point because it marks a period when research on sexual and gender minorities health in sub-Saharan Africa became more visible in the academic literature (Epprecht, 2018).

Selection of studies

After removing duplicates, the initial search identified 745 records, and the update yielded an additional 418 records, for a total of 1,163 references. All records were imported into a reference management system and screened for eligibility. Two reviewers (MDR and DAB) independently conducted the title and abstract screening, followed by full-text assessment. Discrepancies between reviewers were resolved through discussion. Commentaries and editorials were excluded, and reasons for exclusion at the full-text stage were systematically documented. The full selection process is illustrated in Figure 1.

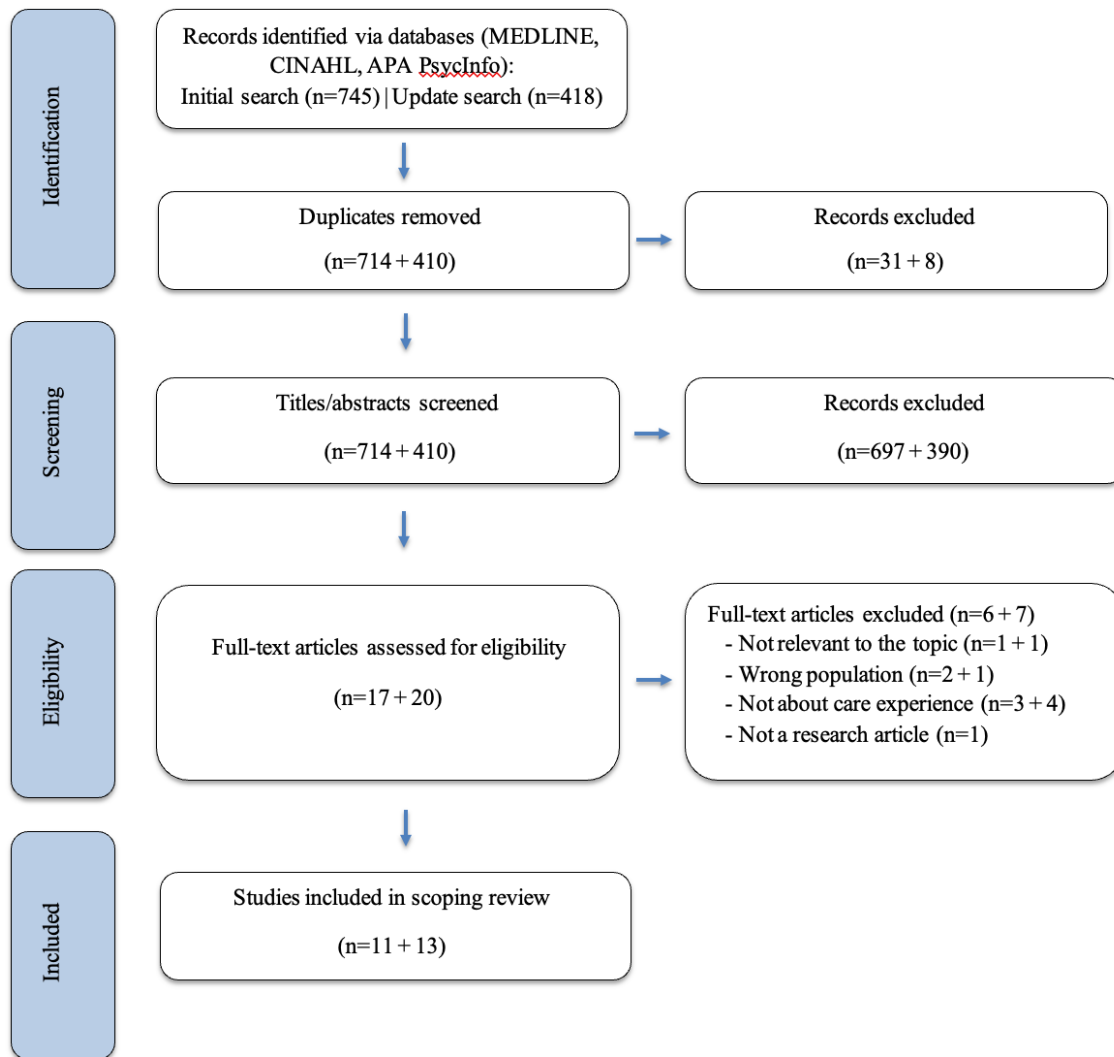


Figure 1. PRISMA Flow Diagram

Data charting

Data extraction was carried out manually by the first author using a conventional content analysis approach (Hsieh & Shannon, 2005). This inductive method was selected because it allows themes to emerge directly from the data without imposing a pre-established framework (Hsieh & Shannon, 2005), making it suitable for describing complex and underexplored phenomena such as the healthcare experiences of sexual and gender minorities.

In accordance with the PRISMA-ScR guidelines (Tricco et al., 2018), we clearly defined the data items extracted from each included article. These items included bibliographic information (author, year, country), study design and methodology, population of interest, sample characteristics, disclosure of status, types of healthcare experiences reported (positive or negative), and broader structural or contextual issues. Extraction was performed using a structured charting template, and data were subsequently coded and organized thematically.

No formal critical appraisal of included sources was undertaken, as our objective was to map the breadth of available evidence rather than to assess study quality. However, key methodological characteristics (type of study, sample size, population group) were noted to provide context when interpreting results.

Results

A total of 24 articles met the inclusion criteria and were retained for the final synthesis (Table 2). Of these studies, ten employed descriptive qualitative designs; five used mixed-methods approaches; two adopted participatory qualitative methodologies; two were cross-sectional surveys; two were descriptive correlational studies; one was grounded in phenomenology; one combined ethnographic and phenomenological approaches; and one applied a comparative qualitative design.

Table/Tableau 2. Summary of included articles

Article	Country	Type of study	Population of interest	Participants	Status disclosure	Healthcare experiences	Access to care
Abaver & Cishe (2018)	South Africa	Mixed methods	Lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTQI)	LGBTQI (n=3048)	Undisclosed	-	Postpone healthcare seeking
Adoma et al. (2023)	Ghana	Phenomenology	Gay and bisexual men (GBM)	GBM (n=17)	Disclosed	Overcharging, Positive experiences, Stigmatization/discrimination, Voyeurism/unnecessary examinations, Lack of confidentiality/threats to privacy	Risk behaviors, Postpone healthcare seeking, Searching for safe clinic/clinician
Balogun et al. (2019)	Nigeria	Descriptive qualitative	Men who have sex with men (MSM)	MSM (n=31)	Involuntary disclosure	Hostility, Insults, Lack of confidentiality/threats to privacy, Cisheteronormativity, Difficulty accessing care/denial, Stigmatization/discrimination, Homophobia, Moralizing/religious discourses	Searching for safe clinic/clinician, Postpone healthcare seeking, Hiding symptoms
Bourne et al. (2022)	Kenya	Qualitative phase of a mixed method	MSM	MSM (n=30) 6 of them described themselves as trans	Some undisclosed, some voluntary or involuntary disclosure	Positive experiences, Stigmatization/discrimination, Lack of confidentiality/threats to privacy, Difficulty accessing care/denial, Voyeurism/unnecessary examinations, Cisheteronormativity	Searching for safe clinic/clinicians, Risk behaviors
Brown et al. (2023)	South Africa	Descriptive correlational	Gay bisexual and other men who have sex with men (GBMSM) and TGW	GBMSM (n=185) TGW (n=16)	Undisclosed	Stigmatization/discrimination, serophobia,	Searching for safe clinic/clinician
Daniels et al. (2021)	South Africa	Theater-based role-play experience in a mixed method	HIV positives MSM	HIV positives MSM (n=21)	Disclosed	Positive experiences, Stigmatization/discrimination, serophobia, Confusion/lack of knowledge of clinicians, Voyeurism/unnecessary examinations,	--

Folayan et al. (2022)	Nigeria	Cross-sectional survey	Vulnerable people accessing HIV and sexual and reproductive health	Women, adolescents and young people, and key populations and general population (n=2119)	--	Lack of confidentiality/threats to privacy	--
Folayan et al. (2023)	Nigeria	Cross-sectional survey	Transgenders	Transgender people and vulnerable cisgender women (n=4072)	--	Gender-based violence, Overcharging	--
Grugel et al. (2024)	Malawi	Descriptive qualitative	Vulnerable groups	Stakeholders (n=22)	--	Prejudice, Stigmatization/discrimination, Difficulty accessing care, Gender-based violence	Postpone healthcare seeking, Searching for safe clinic/clinicians
Hughes et al. (2021)	Rwanda	Descriptive qualitative	Lesbian and bisexual women (LBW)	LBW (n=20)	Some undisclosed and some disclosed	Positive experiences, Confusion/lack of knowledge of clinicians, Difficulty accessing care/denial, Humiliation, Cisheteronormativity	-
Lane et al. (2008)	South Africa	Descriptive qualitative	MSM	MSM (n=32)	Involuntary disclosure or undisclosed	Verbal harassment, Confusion/lack of knowledge of clinicians, Lack of confidentiality/threats to privacy, Homophobia	Searching for safe clinic/clinicians, Postpone healthcare seeking, Hiding symptoms
Luvuno et al. (2019)	South Africa	Ethnography and phenomenology	Transgender (T)	T (n=9)	Undisclosed	Hostility, Prejudice, Insults, Oppression, Confusion/lack of knowledge of clinicians, Humiliation, Voyeurism/unnecessary examinations, Cisheteronormativity	
Mbeda et al. (2020)	South Africa	Descriptive correlational	MSM, and Transgender woman (TGW)	MSM, and TGW (n=397)	--	Lack of confidentiality/threats to privacy, Difficulty accessing care/denial, Stigmatization/discrimination	Postpone healthcare seeking
Mkhize & Maharaj (2020)	South Africa	Descriptive qualitative	LGBTQ students	LGBTQ students (n=12)	--	Prejudice, Confusion/lack of knowledge of clinicians, Stigmatization/discrimination Moralizing/religious discourses	Turning to private health care, Postpone healthcare seeking, Risk behaviors
Muyanga et al. (2023)	Uganda	Participatory qualitative	TGW	TGW (n=60)	--	Inappropriate questions, Moralizing/religious discourses, Lack of confidentiality/threats to privacy, Difficulty accessing care/denial	Postpone healthcare seeking
Ssekamatte et						Positive experiences, Stigmatization/discrimination, Difficulty	Searching for safe clinic/clinician

al. (2022)						accessing care/denial, Lack of confidentiality/threats to privacy, Confusion/lack of knowledge of clinicians	
Mwaniki et al. (2023)	Kenya	Descriptive qualitative	Young gay, bisexual and other men who have sex with men (YMSM)	Healthcare providers (n=36)	--	Positive experiences, Confusion/lack of knowledge of clinicians, Moralizing/religious discourses, Voyeurism/unnecessary examinations, Stigmatization/discrimination,	Searching for safe clinic/clinician
Mwaniki et al. (2024)				YMSM (n=22)	Undisclosed or involuntary disclosure	Positive experiences, Stigmatization/discrimination, Humiliation, Voyeurism, Difficulty accessing care/denial	Postpone healthcare seeking, Searching for safe clinic/clinicians
Okall et al. (2014)	Kenya	Mixed methods	MSM	MSM Qualitative (n=15) Quantitative (n=51)	Some undisclosed and some disclosed	Positive experiences	Searching for safe clinic/clinician
Pilgrim et al. (2019)	Zambia	Qualitative comparative	MSM, female sex worker (FSW) and People who use drugs (PWUD)	MSM (n=77) FSW (n=177) PWUD (n=60)	--	Lack of confidentiality/threats to privacy, Stigmatization/discrimination Moralizing/religious discourses	Turning to private health care, Hiding symptoms, Hiding behaviors
Rispel et al. (2011)	South Africa	Mixed methods	MSM	MSM (n=276)	Undisclosed	Confusion/lack of knowledge of clinicians, Cisheteronormativity Stigmatization/discrimination, Homophobia, Moralizing/religious discourses	Postpone healthcare seeking
Sekoni et al. (2022)	Nigeria	Descriptive qualitative	Lesbian, bisexual, gay and transgender (LGBT)	LGBT (n=35)	Undisclosed or involuntary disclosure	Confusion/lack of knowledge of clinicians, Stigmatization/discrimination, Moralizing/religious discourses, Difficulty accessing care/denial, Positive experiences	--
Smith (2015)	South Africa	Descriptive qualitative	LBW	LBW (n=22)	Undisclosed	Confusion/lack of knowledge of clinicians, Cisheteronormativity Difficulty accessing care/denial, Homophobia, Positive experiences	Searching for safe clinic/clinician
Tun et al. (2022)	Nigeria	Descriptive qualitative	TGW and transgender men (TGM)	TGW (n=25) TGM (n=13) Health care providers (n=10) Community workers (n=8)	Some undisclosed and some voluntary disclosed	Confusion/lack of knowledge of clinicians, Difficulty accessing care/denial, Stigmatization/discrimination, serophobia, Positive experiences	Searching for safe clinic/clinician

All included studies were conducted in sub-Saharan Africa, with a marked regional imbalance in the representation of research coverage. Geographically, eleven studies were conducted in Southern Africa (nine in South Africa, one in Zambia, and one in Malawi), followed by East Africa (n = 7; Kenya, Rwanda, and Uganda) and West Africa (n = 6; Nigeria and Ghana). No studies from Central Africa or francophone African countries were identified in the databases consulted, highlighting a notable geographic and linguistic gap in the literature. The synthesis identified three overarching themes: (1) disclosure of sexual or gender minority identity; (2) factors shaping healthcare experiences; and (3) systemic and structural influences on access to care. Although unusual, the authors made a conscious decision to use primary quotations from the studies reviewed to enhance the rigor and richness of the findings, while adopting a stance of neutrality in interpretation.

Disclosure of sexual or gender minority identity

In most studies, two scenarios emerged for sexual and gender minorities facing healthcare: identities may or may not be disclosed. When disclosure occurs, it may be voluntary or involuntary. Community members explained that their experience often depended on the provider's acknowledgement of their identity (Pilgrim et al., 2019). Many confessed they did not come out of the closet during a care episode because of prior experiences of violence, for fear of reprisals, discrimination or legal repercussions or simply because it felt safer not to disclose (Abaver & Cishe, 2018; Hughes et al., 2021; Luvuno, Ncama, et al., 2019; Mwaniki et al., 2024; Pilgrim et al., 2019; Tun et al., 2022). Unfortunately, limited awareness of sexual and gender diversity among healthcare providers often prevents care from being adapted to the specific needs of affected individuals (Abaver & Cishe, 2018; Pilgrim et al., 2019). Furthermore, care, information and pamphlets are still typically very heteronormative (Smith, 2015).

Hughes et al. (2021) reported that some lesbian and bisexual woman who revealed their identity still had a positive experience with providers such as supportive attitude or trained skills. Participants also raised the confidentiality shown by some providers (Adoma et al. 2023). Conversely, when identities are disclosed, this disclosure is often unintentional.

This is particularly evident among men who have sex with men (MSM) seeking care for anal sexually transmitted infections (STIs), as the anatomical location of these conditions may inadvertently reveal aspects of their sexual orientation (Balogun et al., 2019; Lane et al., 2008), increasing vulnerability to stigma and other threats (Lane et al., 2008). A participant shared: “but when it comes to anal warts, when someone sees you with anal warts he knows hundred percent you are MSM” (Bourne et al., 2022).

People with nonconforming gender presentation such as masculine lesbians, feminine gays or trans people are very likely to be perceived as sexual and gender minorities (Sekoni et al., 2022). A participant mentioned: “I have never had to tell healthcare workers that I am a trans person. If they just see me like this [...] [they] will say hey are you a girl or a boy” (Sekoni et al., 2022). In the end, they often have to choose between hiding part of themselves or running the risk of being identified.

Factor shaping healthcare experiences

When outed, sexual and gender minorities patients faced multiple types of experiences, all of which are listed in Table 2 according to their corresponding publication. Many authors concluded they commonly experience homophobia, heteronormativity, cisnormativity or more generic stigmatization or discrimination when accessing care. These attitudes are manifested through a range of clinician behaviors, such as hostility, insults verbal harassment, humiliation and oppressive or prejudicial behaviors. A participant claimed: “The last time I went to see a gynecologist she humiliated me” (Hughes et al., 2021).

Luvuno, Ncama et al. (2019) reported that such attitudes were observed among several categories of healthcare workers, such as physicians, nurses and social workers. In certain cases, sexual and gender minorities denounced a lack of confidentiality in public healthcare institutions (Pilgrim et al., 2019), often related to gossip (Balogun et al., 2019; Lane et al., 2008), which led to the disclosure of their sexual identity (Mbede et al., 2020) or even their healthcare problems (Balogun et al., 2019).

Luvuno, Ncama et al. (2019) added that in some cases, sexual and gender minorities were subjected to voyeurism or unnecessary examinations by clinicians. For example, a

participant described: “A doctor went outside and called other doctors. ‘Come and see. There is a patient in my office, it’s a man, I don’t know whether it’s a man or it’s a woman but is telling me she doesn’t have a vagina” (Bourne et al., 2022).

Even when they disclose their identity, sexual and gender minorities healthcare needs are not always adequately met. Transgender identity is often confused with homosexuality or intersexuality (Luvuno, Ncama et al., 2019). For instance, a study that included providers cited the following: “gay, MSM, transgender ... it’s still the same thing [...] it’s still anal sex all of them do” (Tun et al., 2022). Indeed, many authors have noted a lack of knowledge about the specific needs and realities of sexual and gender minorities patients among clinicians (Hughes et al., 2021; Luvuno, Ncama et al., 2019; Mkhize & Maharaj, 2020; Rispel et al., 2011; Smith, 2015). They suggested this was due to inadequate training (Mkhize & Maharaj, 2020; Rispel et al., 2011; Smith, 2015), the absence of targeted services, and limited government campaigns (Rispel et al., 2011).

Religious morality also appears to shape prevailing discourse (Mkhize & Maharaj, 2020; Mwaniki et al., 2023; Pilgrim et al., 2019; Rispel et al., 2011; Sekoni et al., 2022; Smith, 2015). A participant claimed: “Some doctors think they are very religious, so they at times preach to us instead of offering the services we need” (Muyanga et al., 2023).

Many authors reported sexual and gender minorities face difficulties in accessing healthcare and, in some cases, are given denied services (Balogun et al., 2019; Bourne et al., 2022; Grugel et al., 2024; Hughes et al., 2021; Mbeda et al., 2020; Muyanga et al., 2023; Mwaniki et al., 2024; Sekoni et al., 2022; Smith, 2015; Ssekamatte et al., 2022; Tun et al., 2022). Sexual and gender minorities also reported being overcharged in order to access care (Adoma et al., 2023; Folayan et al., 2023). Folayan et al. (2023) observed that transgender people, compared to cisgender women, had three-time higher odds of reporting additional unofficial fees as a financial barrier to care. A participant in Mwaniki et al (2024) asserted: “as long as you are paying, they have no problem”.

Despite these challenges, several studies revealed positive care experiences with providers (Adoma et al., 2023; Bourne et al., 2022; Daniels et al., 2021; Hughes et al., 2021; Mwaniki et al., 2023, 2024; Sekoni et al., 2022; Smith, 2015; Ssekamatte et al., 2022; Tun et

al., 2022). These experiences were often described as friendly and professional (Okall et al., 2014). One participant noted: “The doctor I go to is very good and secretive. Although he knows my status [...] he is also gentle and caring ” (Adoma et al., 2023).

Positive experiences were most often reported with clinicians who had training or knowledge about sexual and gender minorities: “The healthcare provider responded positively because he knew about MSM, that is why I went to the one who knew that ” (Okall et al., 2014). Moreover, religious values were not always a source of moralization; in some cases, they framed provider’s actions and encouraged tolerance and acceptance without judgment (Mwaniki et al., 2023).

Finally, quality healthcare was associated with trusting relationship between patients and providers, which in turn was linked to increased care-seeking among sexual and gender minorities (Adoma et al., 2023). In the end, whether positive or negative, healthcare experiences depended on multiple factors and led to a wide range of outcomes.

Systemic and structural factors influencing access to care

Ultimately, all these healthcare experiences lead to a range of issues. First, the need to constantly defend their identity prevents the establishment of a solid basis for positive healthcare encounters and hinders the development of strong patient-provider partnerships (Lane et al., 2008). This decreases trust in the health system (Balogun et al., 2019) and perpetuates fear of seeking care (Mbeda et al., 2020).

In an effort to avoid negative experiences, sexual and gender minorities choose to seek care in safer clinics (Adoma et al., 2023; Balogun et al., 2019; Bourne et al., 2022; Brown et al., 2023; Grugel et al., 2024; Lane et al., 2008; Mkhize & Maharaj, 2020; Mwaniki et al., 2023, 2024; Okall et al., 2014; Pilgrim et al., 2019; Smith, 2015; Ssekamatte et al., 2022; Tun et al., 2022). However, distance and financial constraints quickly become barriers to this option, compounded by overcrowding and shortages of healthcare of personnel in these clinics (Balogun et al., 2019; Mkhize & Maharaj, 2020; Pilgrim et al., 2019; Smith, 2015).

In other cases, due to fear of exposure, these patients delay consultations as long as possible or avoid them altogether (Abaver & Cishe, 2018; Adoma et al., 2023; Balogun et

al., 2019; Grugel et al., 2024; Lane et al., 2008; Mbede et al., 2020, 2020; Mkhize & Maharaj, 2020, 2020; Muyanga et al., 2023; Mwaniki et al., 2024; Rispel et al., 2011). Sadly, delaying care interferes with their ability to obtain adequate treatment and preventive services (Balogun et al., 2019), which often leads to illness deterioration of health (Lane et al., 2008). To alleviate symptoms, patients sometimes turn to self-medication (Adoma et al., 2023; Bourne et al., 2022; Mkhize & Maharaj, 2020; Pilgrim et al., 2019), self-diagnoses (Mkhize & Maharaj, 2020) or, in extreme cases of distress, genital self-mutilation (Luvuno, Ncama et al., 2019). Even when they do consult, some patients lie about or conceal symptoms, thereby increasing the risk of an inaccurate diagnosis (Balogun et al., 2019; Lane et al., 2008; Pilgrim et al., 2019).

Finally, all of these consequences contribute to the invisibilization of sexual and gender minorities healthcare problems (Abaver & Cishe, 2018) and expose individuals to additional complications, such as mental health problems including stress, sadness, depression, distress, suicide attempts, and self-harm (Hughes et al., 2021). As Folayan et al. (2023) demonstrated, transgender people had moderately to severely increased odds of experiencing anxiety and depression.

Discussion

This review identified key components of healthcare experiences among sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa, notably identity disclosure and factors shaping care encounters. Across the included studies, most reported experiences reflected barriers to care. Although the predominance of qualitative designs limits generalizability, it provides valuable insight into lived experiences within diverse social and institutional contexts.

Challenging healthcare encounters appear closely linked to gender norms, cisheteronormative expectations, and entrenched stereotypes. Misogyny and homophobia remain prevalent in many healthcare settings and substantially shape patient experiences. Postcolonial cultural norms, religious discourses, and criminal laws targeting sexual and gender minorities further intensify stigma and constrain access to affirming care (Sekoni et al., 2022).

Several findings highlight the intersection of gender and sexual minority status. Hughes et al. (2021) reported a marked lack of adequate care for lesbian and bisexual women, while Folayan et al. (2022) showed that women are more likely than men to report violations of their rights. These patterns underscore the compounded effects of misogyny and homophobia. Similarly, individuals who do not conform to binary gender norms face heightened vulnerability, even in contexts where some sexual minority identities may be partially tolerated (Lane et al., 2008; Mkhize & Maharaj, 2020).

Our findings align with existing literature documenting limited provider knowledge and insufficient training related to sexual and gender minority health. Newman-Valentine and Duma (2014), focusing on transgender women in Africa, highlighted persistent gaps in provider preparedness and the influence of historical and structural factors, including colonial legacies. Although reviews conducted in Western contexts similarly report stigma in healthcare (Nhamo-Murire & Macleod, 2018; Reisner et al., 2016), these findings must be interpreted cautiously given differences in legal and sociocultural environments.

Importantly, the evidence base in sub-Saharan Africa remains uneven. Research is heavily concentrated in South Africa, with no studies identified from Central Africa in this review. Given the diversity of social, cultural, and legal contexts across the continent—including the ongoing criminalization of sexual and gender minorities in many countries, with penalties ranging from imprisonment to the death penalty—healthcare experiences cannot be assumed to be homogeneous across sub-Saharan Africa (Balogun et al., 2019; Clark, 2014; Hughes et al., 2021; Human Rights Watch, 2021).

Overall, this scoping review contributes a regional synthesis of healthcare experiences among sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa. By identifying key barriers and gaps, the findings can inform future research, provider training, and policy efforts aimed at promoting equitable and gender-affirming care. Further studies, particularly in underrepresented regions and in partnership with community stakeholders, are needed to advance health equity and justice for these populations.

Strengths and Limitations

This scoping review has several strengths and limitations. It demonstrates methodological rigor by covering a 13-year period, searching three databases, and using independent title and abstract screening by two reviewers. Additionally, our research strategy was reviewed and validated by a health sciences librarian. As mentioned earlier, we followed Arksey & O'Malley's (2005) framework; however, the optional sixth step of stakeholder consultation was not undertaken. Some gray literature was identified in the APA PsycInfo database, although the review primarily focused on peer-reviewed sources. The article selection process could also be strengthened through formal inter-rater reliability testing.

Furthermore, this review was inspired by the PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) which guided our efforts to enhance transparency and reproducibility. In addition, we sought to minimize ethnocentric bias and adopt a decolonizing perspective (Keikelame & Swartz, 2019) to better capture the lived realities of sexual and gender minorities healthcare experiences in sub-Saharan Africa.

Conclusion

This scoping review assessed the current state of knowledge on the healthcare experiences of sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa. Findings clustered around three central themes: identity disclosure, factors shaping care encounters, and systemic and structural influences on access to care. The review not only sheds light on sexual and gender minorities healthcare in sub-Saharan Africa but also highlights regions where data remain limited. To date, no review has examined the experiences of all sexual and gender minorities subgroups within a broader African perspective. Our findings underscore significant gaps in the literature, particularly in Central Africa. Further studies in partnership with community stakeholders are necessary to better understand these experiences and to inform policies and practices (Matagira-Rondón et al., 2022) that promote equitable healthcare for sexual and gender minorities across the region.

Author's contributions

MDR, DAB, and LR contributed to the development of the study design. MDR and DAB were involved in data collection and analysis. MDR drafted the manuscript, while LR and DAB provided critical feedback on successive drafts. All authors read and approved the final version.

Acknowledgments

We would like to thank Lisa Starr for the linguistic revision and Sandrine Vachon for validating the methodological approach.

Authors' disclosure statement

The authors declare no conflicts of interest.

Funding information

We would like to thank the Ministry of Higher Education of Québec, in partnership with the Interuniversity Cooperation Office and the Québec Nursing Intervention Research Network for the master's study grants awarded to MDR, which made this research possible. DAB is supported by a Junior 1 salary award from the Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

References

- Abaver, D. T., & Cishe, E. N. (2018). Violence, abuse and discrimination: Key factors militating against control of HIV/AIDS among the LGBTI sector. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 15(1), 60–70. <https://doi.org/10.1080/17290376.2018.1492960>
- Adoma, Yeboah Snr CA, Nantomah B, Manu E, & Kushitor MK. (2023). Experiences of care-seeking behaviour for sexually transmitted infections among gay and bisexual men: A phenomenological study. *African Journal of Reproductive Health*, 27(7), 64–75. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i7.7>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Balogun, A., Bissell, P., & Saddiq, M. (2019). Negotiating access to the nigerian healthcare system: The experiences of hiv-positive men who have sex with men. *Culture, Health & Sexuality*. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1582802>
- Bourne, A., Carman, M., Kabuti, R., Nutland, W., Fearon, E., Liku, J., Tukai, A., Weatherburn, P., Kimani, J., & Smith, A. D. (2022). Experiences and challenges in sexual health service access among men who have sex with men in Kenya. *Global Public Health*, 17(8), 1626–1637. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1987501>
- Brown, C. A., Siegler, A. J., Zahn, R. J., Valencia, R. K., Sanchez, T., Kramer, M. R., Phaswana-Mafuya, N. R., Stephenson, R., Bekker, L.-G., Baral, S. D., & Sullivan, P. S. (2023). Assessing the association of stigma and HIV service and prevention uptake among men who have sex with men and transgender women in South Africa. *AIDS Care*, 35(10), 1497–1507. <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2175770>
- Chitando, E. et Mateveke, P. (2017). Africanizing the discourse on homosexuality: challenges and prospects. *Critical African Studies*, 9(1), 124-140. <https://doi.org/10.1080/21681392.2017.1285243>
- Clark, F. (2014). Discrimination against LGBT people triggers health concerns. *Lancet*, 383 (9916), 500–502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60169-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60169-0)

- Daniels, J., Struthers, H., Soler, J., Ricco, E., Blackmon, J., Teklehaimanot, S., McIntyre, J., & Coates, T. (2021). Building self-advocacy in HIV care: The use of role-play to examine healthcare access for HIV-positive MSM in rural South Africa. *Global Health Promotion*, 28(3), 32–40. <https://doi.org/10.1177/1757975920974008>
- Earle, M., Hoffarth, M. R., Prusaczyk, E., MacInnis, C., & Hodson, G. (2021). A multilevel analysis of LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) rights support across 77 countries: The role of contact and country laws. *The British Journal of Social Psychology*, 60(3), 851–869. <https://doi.org/10.1111/bjso.12436>
- Epprecht, M. (2018). Two decades of sexuality research in Africa south of the Sahara. *Sexualities*, 21(8), 1276-1281. <https://doi.org/10.1177/1363460718774530>
- Folayan, Yakusik A, Enemo A, Sunday A, Muhammad A, Nyako HY, Abdullah RM, Okiwu H, & Lamontagne E. (2023). Socioeconomic inequality, health inequity and well-being of transgender people during the COVID-19 pandemic in Nigeria. *BMC Public Health*, 23(1), 1539. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16482-1>
- Grugel, J., Masfield, S. C., & Msosa, A. (2024). The human right to health, inclusion and essential health care packages in low income countries: “Health for all” in Malawi. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 17(1), 75–86. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-09-2021-0178>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hughes, T. L., Riggle, E. D. B., Moreland, P., White, R., & Gishoma, D. (2021). Trauma, mental health, and health care experiences of lesbian and bisexual women in Rwanda. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000417>
- Human Rights Watch. (2021). #outlawed “The love that dare not speak its name.” http://internap.hrw.org/features/features/lgbt_laws/

- Keikelame, M. J. et Swartz, L. (2019). Decolonising research methodologies: lessons from a qualitative research project, cape town, South Africa. *Global health action*, 12(1), 1561175. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1561175>
- Lamontagne, E., d'Elbée, M., Ross, M. W., Carroll, A., Plessis, A. du, & Loures, L. (2018). A socioecological measurement of homophobia for all countries and its public health impact. *European Journal of Public Health*, 28(5), 967–972. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky023>
- Lane, T., Mogale, T., Struthers, H., McIntyre, J., & Kegeles, S. M. (2008). “They see you as a different thing”: The experiences of men who have sex with men with healthcare workers in South African township communities. *Sexually Transmitted Infections*, 84(6), 430–433. <https://doi.org/10.1136/sti.2008.031567>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Luvuno, Z. P., Mchunu, G., Ncama, B., Ngidi, H., & Mashamba-Thompson, T. (2019). Evidence of interventions for improving healthcare access for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa: A scoping review. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), e1–e10. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1367>
- Luvuno, Z. P., Ncama, B., & Mchunu, G. (2019). Transgender population's experiences with regard to accessing reproductive health care in Kwazulu-Natal, South Africa: A qualitative study. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), e1–e9. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1933>
- Matagira-Rondón, G. M., Cifuentes, M. C. A., Toupin, I. et Bergeron, D. (2022). Nursing research in Latin America: priorities and possible solutions to move it forward. *CES Enfermería*, 3(1), 46-54. <https://doi.org/10.21615/cesenferm.6691>
- Mbeda, C., Ogendo, A., Lando, R., Schnabel, D., Gust, D. A., Guo, X., Akelo, V., Dominguez, K., Panchia, R., Mbilizi, Y., Chen, Y., & Chege, W. (2020). Healthcare-

- related stigma among men who have sex with men and transgender women in sub-Saharan Africa participating in HIV Prevention Trials Network (HPTN). *AIDS Care*, 32(8), 1052–1060. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1776824>
- McDermott, E., Hughes, E., & Rawlings, V. (2018). Norms and normalisation: Understanding lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth, suicidality and help-seeking. *Culture, Health & Sexuality*, 20(2), 156–172. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1335435>
- Mkhize, S. P., & Maharaj, P. (2020). Meeting the sexual health needs of lgbt youth: Perceptions and experiences of university students in kwazulu-natal, south africa. *Journal of Social Service Research*. <https://doi.org/10.1080/01488376.2019.1711295>
- Muyanga, N., Isunju, J. B., Ssekamatte, T., Nalugya, A., Oputan, P., Kiguli, J., Kibira, S. P. S., Wafula, S. T., Ssekamatte, D., Mugambe, R. K., Wanyenze, R. K., & Orza, L. (2023). Understanding the effect of gender-based violence on uptake and utilisation of HIV prevention, treatment, and care services among transgender women: A qualitative study in the greater Kampala metropolitan area, Uganda. *BMC Women's Health*, 23(1), 250. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02402-3>
- Mwaniki, S., Kaberia, P., Mugo, P., & Palanee-Phillips, T. (2024). “What if I get sick, where shall I go?”: A qualitative investigation of healthcare engagement among young gay and bisexual men in Nairobi, Kenya. *BMC Public Health*, 24(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17555-x>
- Mwaniki, S., Kaberia, P., Mugo, P., & Palanee-Phillips, T.-P. (2023). “We must help them despite who they are...”: Healthcare providers’ attitudes and perspectives on care for young gay, bisexual and other men who have sex with men in Nairobi, Kenya. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1055. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10026-4>
- Newman-Valentine, D., & Duma, S. (2014). Injustice to transsexual women in a hetero-normative healthcare system. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 6(1), E1–E5. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v6i1.574>
- Nhamo-Murire, M., & Macleod, C. I. (2018). Lesbian, gay, and bisexual (LGB) people’s experiences of nursing health care: An emancipatory nursing practice integrative

- review. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12606>
- Okall, D. O., Ondenge, K., Nyambura, M., Otieno, F. O., Hardnett, F., Turner, K., Mills, L. A., Masinya, K., Chen, R. T., & Gust, D. A. (2014). Men who have sex with men in Kisumu, Kenya: Comfort in accessing health services and willingness to participate in HIV prevention studies. *Journal of Homosexuality*, 61(12), 1712–1726.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2014.951261>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Colquhoun, H., Garritty, C. M., Hempel, S., Horsley, T., Langlois, E. V., Lillie, E., O'Brien, K. K., Tunçalp, Özge, Wilson, M. G., Zarin, W., & Tricco, A. C. (2021). Scoping reviews: Reinforcing and advancing the methodology and application. *Systematic Reviews*, 10(1), 263.
<https://doi.org/10.1186/s13643-021-01821-3>
- Pilgrim, N., Musheke, M., Raymond, H. F., Keating, R., Mwale, J., Banda, L., Mulenga, D., Phiri, L., Geibel, S., & Tun, W. (2019). Quality of care and HIV service utilization among key populations in Zambia: A qualitative comparative analysis among female sex workers, men who have sex with men and people who use drugs. *AIDS Care*, 31(4), 460–464. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1524119>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Rispel, L. C., Metcalf, C. A., Cloete, A., Moorman, J., & Reddy, V. (2011). You become afraid to tell them that you are gay; Health service utilization by men who have sex with men in South African cities. *Journal of Public Health Policy*, 32(Suppl 1), S137–S151. <https://doi.org/10.1057/jphp.2011.29>
- Sekoni, A. O., Jolly, K., & Gale, N. K. (2022). Hidden healthcare populations: Using intersectionality to theorise the experiences of LGBT+ people in Nigeria, Africa. *Global Public Health*, 17(1), 134–149.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1849351>

- Smith, R. (2015). Healthcare experiences of lesbian and bisexual women in Cape Town, South Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 17(2), 180–193. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.961033>
- Ssekamatte, T., Nalugya, A., Isunju, J. B., Naume, M., Oputan, P., Kiguli, J., Wafula, S. T., Kibira, S. P. S., Ssekamatte, D., Orza, L., Mugambe, R. K., & Wanyenze, R. K. (2022). Help-seeking and challenges faced by transwomen following exposure to gender-based violence; a qualitative study in the Greater Kampala Metropolitan Area, Uganda. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01786-2>
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., EA, E., C, C., J, M., L, S., L, H., A, A., MG, W., C, G., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tun, W., Pulerwitz, J., Shoyemi, E., Fernandez, A., Adeniran, A., Ejiogu, F., Sangowawa, O., Granger, K., Dirisu, O., & Adedimeji, A. A. (2022). A qualitative study of how stigma influences HIV services for transgender men and women in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, 25 Suppl 1, e25933. <https://doi.org/10.1002/jia2.25933>
- UNAIDS. (2025). *Fact sheet—Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2025). *Key populations*. <https://www.unaids.org/en/topic/key-populations>
- Waisel, D. B. (2013). Vulnerable populations in healthcare. *Current Opinion in Anesthesiology*, 26(2), 186–192. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32835e8c17>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Thirteenth general program of work, 2019–2023: Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CHAPITRE 2

« IL FAUT INCLURE TOUT LE MONDE » - L'EXPERIENCE DE SOINS DE SANTÉ DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE ET DE GENRE D'UN MILIEU URBAIN D'UN PAYS D'AFRIQUE CENTRALE : RESULTATS D'UNE RECHERCHE QUALITATIVE DESCRIPTIVE

Résumé en français du deuxième article

Objectif : Les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre (DSG) présentent une vulnérabilité particulière aux problèmes de santé, tels que le VIH, en raison de besoins spécifiques et de multiples formes d'oppression. Pourtant, leurs expériences de soins restent peu documentées. Cette recherche visait à mieux comprendre l'expérience de soins de santé des populations de la DSG dans un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale en explorant les facteurs qui l'influencent et les enjeux qui y sont associés.

Méthode : Un devis descriptif qualitatif a été utilisé avec un échantillon composé des personnes de la DSG ($n = 9$), des soignants·es ($n = 4$) et des travailleurs·euses communautaires ($n = 3$), recrutés par un échantillonnage intentionnel. Les données ont été recueillies par des entrevues individuelles semi-structurées et analysées selon une approche de contenu conventionnelle (Hsieh & Shannon, 2005).

Synthèse : Les résultats révèlent que, malgré la persistance de préjugés, de refus de soins et de manquements éthiques, des facilitateurs tels que les centres de santé conviviaux contribuent à améliorer l'expérience de soins. Toutefois, des limitations structurelles et organisationnelles continuent de freiner l'accès et la qualité des soins.

Conclusion : Malgré les progrès réalisés en matière de soins de santé pour les personnes de la DSG, cette étude fournit des éléments de réflexion essentiels pour le développement d'interventions mieux adaptées à leurs besoins.

Mots-clés : diversité sexuelle et de genre; populations clés; expérience de soins; Afrique centrale; descriptive qualitative

Financement : L'équipe de recherche remercie ministère de l'Enseignement supérieur du Québec en partenariat avec le bureau de coopération interuniversitaire (BCI), L'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et le Réseau de recherche en interventions en sciences du Québec (RRISIQ), le fonds de recherche en santé du Québec (FRQS) pour leur contribution à la réalisation de ce projet de recherche ainsi que : l'axe santé mondiale du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) pour sa contribution à la dissémination des résultats de cette recherche.

Conflits d'intérêts : L'équipe de recherche ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteur·rice·s : Tous·tes les auteur·rice·s ont contribué à l'élaboration du plan de l'étude. Malika Degrâce-Roy a effectué la collecte et à l'analyse des données. Malika Degrâce-Roy a rédigé le manuscrit, tandis que Philippe Lukanu Ngwala, Lynda Rey et Dave A. Bergeron ont fourni des commentaires critiques sur les différentes versions. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale.

Numéro du certificat d'éthique : L'étude a reçu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski #2023-220

* Cet article a été soumis à la revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP). Il est présenté selon ses exigences de rédaction. Les références sont détaillées dans le style APA 7^e éditions.

« Il faut inclure tout le monde » - L'expérience de soins de santé de la diversité sexuelle et de genre d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale : Résultats d'une recherche qualitative descriptive

Malika Degrâce-Roy¹, Philippe Lukanu Ngwala², Lynda Rey³ et Dave Bergeron⁴ *

¹Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski, Rimouski, Canada

² Professeur, Département de médecine familiale et de soins de santé primaires, Faculté de médecine, Université Protestante du Congo, Kinshasa, République Démocratique du Congo

³ Professeure associée, École nationale d'administration publique, Montréal, Canada

⁴ Professeur, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski, Rimouski, Canada

* **Correspondance :** Dave_Bergeron@uqar.ca

Résumé

Problématique : Les personnes de la diversité sexuelle et de genre (DSG) sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé comme le VIH en raison de besoins spécifiques et de multiples oppressions. Pourtant, leurs expériences de soins demeurent peu documentées, notamment en Afrique centrale. **But et objectifs de recherche :** Cette étude visait à mieux comprendre l'expérience de soins de santé de la DSG d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale. Pour ce faire, elle visait à : (1) explorer les facteurs d'influence à l'expérience de soins et (2) décrire les enjeux relatifs à celle-ci. **Méthode et analyse :** Un devis descriptif qualitatif a été utilisé. L'échantillon était composé des personnes de la DSG (n=9), de soignants·es (n=4) et de travailleurs·euses communautaires (n=3) recrutés selon un échantillonnage intentionnel via deux partenaires locaux. **Résultats :** Bien que des préjugés, manquements éthiques et refus de soins demeurent des barrières aux soins pour la DSG, plusieurs facilitateurs, dont les centres de santé conviviaux, se mettent en place afin d'améliorer leurs expériences de soins. Toutefois, des enjeux persistent, marqués par des limitations structurelles et organisationnelles qui ont aussi des conséquences sur l'accès et la qualité des soins de santé pour ces populations. **Discussion :** Malgré les avancées pour les soins de santé des personnes de la DSG, cette étude apporte plusieurs éléments de réflexions pour développer des interventions mieux adaptées à leurs besoins.

Mots clés : diversité sexuelle et de genre, populations clés, expérience de soins, Afrique centrale, descriptive qualitative

1. Introduction

1.1 Problématique

L'expérience de soins de santé est un phénomène singulier qui est façonné par le contexte socio-économique, géographique et culturel dans lequel il s'inscrit (Waisel, 2013). Il en convient, dès lors, de considérer tous les facteurs essentiels lorsque l'on s'intéresse à l'expérience de soins des individus (Levesque et al., 2013). Bon nombre de ces facteurs représentent toujours des obstacles à l'équité en santé à travers le monde (World Health Organization [WHO], 2019). Au regard des déterminants sociaux de la santé, divers groupes se retrouvent en situation de vulnérabilité, en raison notamment de leur statut. Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome l'immunodéficience acquise) identifie cinq groupes particulièrement vulnérables aux problèmes de santé, tout en ayant un accès restreint aux soins : les hommes gais et les HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), les professionnels·les¹ du sexe (PS), les personnes trans, les utilisateurs·rices de drogues injectables ainsi que les détenus·es (United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2025). En effet, la prévalence mondiale du VIH est de 0,7% chez la population générale âgée de 15 à 49 ans, contre 7,6% chez les hommes gais et HARSAH et de 8,5% chez les personnes trans (UNAIDS, 2025). Les femmes sont également un groupe vulnérable, souvent confronté à un manque de soins adaptés (Hughes et al., 2021) et à des violations de leurs droits (Folayan et al., 2022). Par ailleurs, en raison des iniquités sociales dont elles sont victimes, les personnes de la diversité sexuelle et de genre (DSG) se retrouvent dans des situations de marginalité. À titre d'exemple, on constate de plus grands obstacles dans leur recherche d'aide en santé mentale (McDermott et al., 2018) tout en sachant qu'elles en souffrent davantage (Folayan et al., 2023; Hughes et al., 2021).

¹ La rédaction non-binaire telle que définie par l'Office québécois de la langue française (2020) par l'emploi de pronoms non-genrés et de graphie tronquée dans le texte a pour but de le rendre inclusif et est utilisé dans une volonté d'inclure toutes les personnes (Maussa-Lopez, 2021)

Cela dit, malgré les avancées réalisées en matière de droits humains, de nombreuses inégalités subsistent à travers le monde. En effet, une étude menée auprès de 158 pays démontre que l'Afrique est fortement touchée par l'homophobie (Lamontagne et al., 2018). Plusieurs auteurs·rices soulignent que l'homosexualité et la transidentité y sont encore criminalisées, les sanctions allant de l'emprisonnement jusqu'à la peine de mort, selon le pays (Balogun et al., 2019; Clark, 2014; Hughes et al., 2021; Human Rights Watch, 2021).

C'est à la lecture de Chitando & Mateveke (2017) qui s'interrogent sur l'utilisation d'expressions occidentales telles que « LGBTQ » en contextes africains, tout en réfléchissant à une réappropriation des concepts, que la décision d'utiliser « diversité sexuelle et de genre » s'est imposée à l'équipe de recherche. Tout en voulant éviter une attitude paternaliste, l'adoption d'une expression qui nous semblait intersectionnelle et inclusive est, selon nous, un pas vers la décolonisation de la recherche. Tout en demeurant conscients·es de l'existence de biais coloniaux, nous persévérons dans nos efforts de déconstructions et notre amélioration continue de nos pratiques.

1.2 Contexte empirique

Un examen de la portée s'intéressant à l'expérience de soins des personnes issues des minorités sexuelles et de genre en Afrique subsaharienne a mis en évidence qu'une majorité des recherches a été réalisée en Afrique du Sud (Degrâce-Roy et al., accepté). En raison de l'ampleur géographique ainsi que l'historique colonial du continent, la réalité de l'Afrique du Sud ne saurait être généralisée à l'ensemble de celui-ci. Nous n'avons recensé aucune recherche en Afrique centrale, ce qui constitue un écart considérable. C'est en réponse à ce vide dans la littérature scientifique que s'inscrit notre projet de recherche.

Objectifs de recherche

Cette étude avait pour but de mieux comprendre l'expérience de soins de la DSG d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale par les deux objectifs suivants :

- (1) Explorer les facteurs d'influence à l'expérience de soins de la DSG d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale;
- (2) Décrire les enjeux relatifs à l'expérience de soins de santé.

2. Matériaux et Méthodes

2.1 Devis de recherche

Un devis qualitatif descriptif a été retenu afin de mieux comprendre l'expérience humaine d'un domaine peu documenté (Doyle et al., 2020; Fortin & Gagnon, 2016). Ce type de devis étant particulièrement adapté aux recherches primaires menées par des professionnel·les de la santé ayant pour principal objectif de décrire des phénomènes (Sandelowski, 2000). La décision de ne pas imposer de cadre théorique s'inscrit également dans une volonté décoloniale, afin d'éviter une lecture occidentale et ethnocentrique des données.

2.2 Milieu de l'étude

Comme précédemment mentionnée, cette étude s'est intéressée à une région urbaine de l'un des pays situés en Afrique centrale. C'est dans cette région urbaine que s'est déroulée la collecte de données. Toutefois, dans une volonté de protéger l'anonymat des participants·es de l'étude, il a été déterminé que le milieu ne sera pas divulgué. Il s'agit de la raison pour laquelle l'appellation plus générique « milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale » est utilisée dans les différentes sections de l'article.

2.3 Échantillonnage, participants et critères de sélection

La population à l'étude était composée des personnes s'auto-identifiant à la DSG, de prestataires de soins et de travailleurs·euses communautaires, sélectionnés·es selon un échantillonnage intentionnel. Méthode particulièrement pertinente pour optimiser le temps et les ressources auprès des populations plus difficiles d'accès (Palinkas et al., 2015). L'ensemble des participants·es devaient être âgés·es de plus de 18 ans, s'exprimer en français, vivre (ou travailler) dans le centre urbain du pays à l'étude et devaient avoir fréquenté un service de santé (ou travaillé auprès de la DSG) au cours de l'année précédant la collecte de données. Le seul critère d'exclusion était la présence de maladies ou de déficits cognitifs ou sensoriels limitant les interactions sociales.

L'accès à cette communauté a été possible par l'entremise de deux partenaires de recherche du milieu. Il s'agit d'un organisme non gouvernemental œuvrant auprès des personnes atteintes du VIH/SIDA et des populations clés ainsi qu'une association sans but lucratif intervenant auprès des femmes de la DSG. Les participants·es ont été recrutés·es selon un d'échantillonnage intentionnel parmi des bénéficiaires et travailleurs·euses des organisations ainsi que dans deux centres de santé conviviaux à proximité. Les personnes intéressées à l'étude ont été contactées par l'étudiante-chercheuse afin de leur expliquer les objectifs de recherche et de confirmer leur volonté à y participer.

2.4 Collecte de données

Deux modalités de collecte ont été utilisées, soit des entrevues individuelles à partir d'un guide semi-structuré et un journal de bord rédigé par la première autrice (MDR) qui lui a permis de colliger ses réflexions sur la recherche (Miles et al., 2020). Le journal réflexif a notamment permis la consignation du non-verbal lors des entrevues, ainsi que l'exploration de certains thèmes émergents de celles-ci (Bergeron & Gaboury, 2020; Woods et al., 2016). Lors de l'analyse, il a également permis l'approfondissement de certaines réflexions tout en favorisant une réflexion sur la posture occidentale de l'étudiante-chercheuse, donnant lieu à certains ajustements interprétatifs. La variété des sources de données et des participants·es a permis d'effectuer une triangulation à différents niveaux. Le guide d'entrevue, rédigé par la

première autrice (MDR) et bonifié par les co-auteurs·rices (LR et PL), combinait un questionnaire sociodémographique et des questions ouvertes afin d'explorer les expériences vécues. Conformément aux recommandations de Statistiques Canada (2020), les variables de genre et de sexe à la naissance ont été recueillies séparément par questions ouvertes, donc sans restriction de catégories. Les entrevues, d'une durée moyenne de 31min41 (max : 47min27 min : 20min22), ont été enregistrées numériquement (Fortin & Gagnon, 2016; Mack et al., 2005) et transcrites en verbatims. Deux participants·es ont été recontactés·es pour une seconde entrevue (30min51 et 34min49) à des fins de clarifications. L'entièreté des entrevues a été effectuée du 14 mars 2023 au 1^{er} avril 2023. Les coordonnées des personnes consentantes avaient également été recueillies pour la validation des retranscriptions et la participation à l'étape d'analyse des données. Dans une volonté de co-construction des résultats comme un pas vers l'équité en recherche (Masekela et al., 2022) les personnes qui avaient fourni leurs consentements ont été recontactées pour la validation des verbatims. Huit d'entre elles ont été en mesure de valider la retranscription, les autres n'ayant pas répondu à la relance.

2.5 Analyse des données

Les données sociodémographiques ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Étant donné la distribution non normale de la variable quantitative continue (âge), celle-ci a été décrite à l'aide de la médiane et de l'intervalle interquartile, tandis que les variables nominales ont été présentées sous forme de fréquences et de pourcentages (Bourque & El Adlouni, 2016). Les données qualitatives retranscrites en verbatims ont été codées par la première autrice (MDR) à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives (NVivo 14) selon une approche d'analyse de contenu conventionnelle (Hsieh & Shannon, 2005) en les croisant avec les observations du journal de recherche afin d'en favoriser la transférabilité (Drapeau, 2004; Fortin & Gagnon, 2016). Trois des entrevues ont été co-codées par l'un des co-chercheur (DB) et comparé avec le codage initial afin d'obtenir un accord interjuge (Fortin & Gagnon, 2016; Gray et al., 2017). Parmi les codes qui ont émergé des entrevues, la saturation a été observée pour plusieurs thèmes récurrents (Glaser et al., 2010). L'analyse des

thèmes a également été validée par des participants·es recontactés·es afin d'assurer leur participation dans cette étape (Gautier et al., 2018; Masekela et al., 2022). Celle-ci permettant également de répondre aux critères de fiabilité et de confirmabilité (Drapeau, 2004; Fortin & Gagnon, 2016). La triangulation des données autant au niveau des sources que des types de participants·es a permis d'assurer le critère de crédibilité (Drapeau, 2004; Fortin & Gagnon, 2016).

Considérations éthiques

2.6 Confidentialité

Le projet de recherche a également déjà été approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Rimouski (2023-220) ainsi que par le comité d'éthique d'une Université du milieu urbain du pays dans le lequel la collecte de données a eu lieu. Le consentement libre et éclairé des participants·es a été obtenu et consigné par écrit. Toutes données identifiantes ont été codifiées et/anonymisées.

2.7 Risques

Pour atténuer les risques reliés à la narration d'expériences potentiellement difficiles, des ressources de soutien ont été proposées en début d'entrevue. De même, dans un souci de confidentialité, celles-ci ont été réalisées dans des lieux privés, choisis en collaboration avec les organismes partenaires. Une attention particulière a été portée aux horaires afin de réduire les croisements. Les différents partenaires et participants·es ont été sensibilisés·es à leurs responsabilités respectives quant à l'anonymat.

3. Résultats

Les principaux résultats de l'étude seront présentés en trois sections différentes; les caractéristiques sociodémographiques des participants·es, les facteurs qui influencent leur expérience de soins et les enjeux soulevés. Le tableau 2 présente les principaux résultats selon l'arbre de code obtenu.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les 16 participants·es à l'étude étaient des personnes s'auto-identifiant DSG (n=9), des prestataires de soins incluant des infirmiers·ères et médecins (n=4) et des travailleurs·euses communautaires (n=3), âgés·es entre 24 et 61 ans.

Table/Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques des participants·es

Caractéristiques	Participants·es	%
Type de participants·es		
Diversité sexuelle et de genre (DSG)	9	56,25
Prestataires de soins	4	25
Travailleurs·euses communautaires	3	18,65
Âge		
Médiane (intervalle interquartile)	34 ans (5,5)	
Sexe assigné à la naissance		
Féminin	10	62,5
Masculin	6	37,5
Genre		
Femme cisgenre	7	43,75
Homme cisgenre	5	31,25
Femme transgenre	1	6,25
Homme transgenre	3	18,75
Orientation sexuelle		
Homosexuel·le	5	31,25
Bisexuel·le	2	12,5
Hétérosexuel·le	7	43,75
Sans réponse	2	12,5
Niveau de scolarité		
Diplôme d'état	3	18,75
Graduat	4	25,0
Licence	6	37,5
Master	1	6,25
Doctorat	2	12,5
Religion		
Christianisme	1	6,25
Catholicisme	3	18,75
Catholicisme romain	1	6,25
Protestantisme	3	18,75
Églises de réveil	5	31,25
Islam	1	6,25
Autre spiritualité	1	6,25
Aucun	1	6,25

3.2 Facteurs d'influences

Plusieurs facteurs d'influence ont été mis en évidence par les résultats. Ceux qui revenaient davantage à l'analyse des entrevues étaient les éléments qui facilitent les soins, les barrières aux soins ainsi que le contexte sociopolitique du pays.

3.2.1 Facilitateurs

Certains facteurs semblaient teinter de façon positive ou rendre plus facile l'expérience de soins de la DSG. Parmi les facilitateurs rapportés par les participants, l'attitude positive des prestataires est revenue de façon récurrente dans les discours comme l'illustre ce verbatim : « Ils sont vraiment gentils, accueillants et tout » (personne de la DSG 1).

Parallèlement, certains propos tenus par les prestataires témoignaient de leur ouverture d'esprit à l'égard de leur clientèle comme mentionner par celui-ci : « C'est normal, vous avez des rapports sexuels avec des hommes, ça, c'est votre orientation, c'est pas mal, on ne vous juge pas » (prestataires de soins 1). Cette ouverture d'esprit est également ressentie par le milieu communautaire : « l'expression qu'elle donnait, on avait vraiment l'impression que c'était quelqu'un qui était très ouvert » (travailleur·euse communautaire 3).

Ces dynamiques positives sont particulièrement observées dans un milieu de soins en particulier; les centres de santé conviviaux. Ces centres de santé offrent des services de préventions et de prise en charge du VIH, ayant comme clientèle cible, les populations clés. Comme en témoigne ce prestataire : « Ce qui facilite leur expérience de soins c'est seulement la connaissance qu'ils peuvent avoir de l'existence des centres conviviaux. S'ils savent qu'il y a des centres conviviaux, s'ils y vont, ils seront, facilement, bien accueillis » (prestataire de soins 3).

Les propos recueillis auprès des personnes de la DSG témoignent aussi d'un consensus quant au sentiment de sécurité et de confort offert par ces centres, comme en témoigne le verbatim suivant : « Moi personnellement je préfère aller dans des centres pareils pour des soins médicaux. [...] Là-bas je suis à l'aise » (personne de la DSG 5).

La gratuité des services, rendue possible grâce au soutien d'organismes subventionnaires tels que le Fonds Mondial ou le Programme national de lutte contre le VIH/Sida (PNLS), constitue un facilitateur majeur fréquemment mentionné par les participants·es. Comme l'explique un prestataire de soins : « Donc aujourd'hui ils peuvent bénéficier de soins gratuitement. On a gratifié le soin pour leur permettre de venir sans problème au centre » (prestataires de soins 1).

Un autre facteur facilitateur mis en évidence concerne la formation spécialisée offerte aux prestataires de soins dans les centres conviviaux. Ces formations visent à renforcer leurs compétences et leur sensibilité aux réalités vécues par les personnes de la DSG, ainsi qu'aux enjeux de santé qui les concernent plus particulièrement. Comme l'explique une personne de la DSG : « Le personnel soignant qui travaille aux centres conviviaux est formé vraiment en ce qui concerne les thématiques LGBT, maintenant l'accès au sein de la santé, c'est vraiment facile » (personne de la DSG 4).

Ces formations jouent également un rôle important dans la prévention et l'éducation à la santé, en améliorant la qualité et la pertinence des messages transmis. Un autre verbatim illustre cette évolution : « Ce sont des choses, je crois 10 ans ou 15 ans passés, ce n'était pas accessible. [...] Surtout, du lubrifiant, on ne connaissait même pas. Les gens utilisaient de la lotion pour la peau, du gel coiffant pour les cheveux » (personne de la DSG 6).

3.2.2 Barrières

À l'inverse des facteurs facilitateurs, plusieurs éléments ont été décrits comme des obstacles à une expérience de soins positive pour les personnes de la DSG. Parmi ceux-ci, les attitudes négatives de certains prestataires de soins ont été clairement évoquées. Un prestataire de soins rapporte par exemple : « Mais, j'ai eu un collègue qui ne les supportait pas. Les MSM [HARSAH]. Il pouvait supporter les filles, mais pas les garçons. Il ne les supportait pas » (prestataires de soins 3).

Bien que l'ouverture d'esprit des prestataires de soins ayant participé à l'étude soit souvent ressortie dans les discours, leurs propos demeuraient parfois teintés de stéréotypes

concernant la DSG. Comme l'illustre ce verbatim : « Vous voyez chez un MSM par exemple, vous sentez une féminité en fait. [...] Alors que j'ai chez les PS, elles sont ouvertes, elles vous expliquent tout, elles vous parlent de tout sans tabou » (prestataires de soins 4).

Certains verbatims révèlent également des préjugés quant au sens des responsabilités de ces populations : « Ce sont des personnes qui sont vraiment, ils vivent dans une négligence terrible. Ils ne prennent vraiment pas des précautions [...] ils partent comme ça, sans préservatif » (prestataires de soins 3).

D'autres propos témoignent de fausses croyances associant les personnes de la DSG à des comportements jugés capricieux : « Parce que notre population clé a son comportement à part entière. Elle est tellement capricieuse [...] Et par moments, quand ils viennent, ils s'imposent. Il trouve qu'il a les droits de faire tout ce qu'il veut » (prestataires de soins 2).

Les données révèlent également la présence de conceptions erronées parmi certains prestataires de soins, notamment l'idée que l'orientation sexuelle constitue un choix individuel. Cette croyance transparaît dans ce verbatim : « Bon ce sont des hommes comme nous, qui ont fait un choix de vie qui leur plaise. C'est leur vie, c'est leur choix à eux, ce n'est pas la fin du monde en tout cas » (prestataires de soins 4).

Une autre barrière identifiée concerne l'expression de genre des patients·es, particulièrement lorsque celle-ci ne correspond pas au sexe qui leur a été attribué à la naissance. Selon plusieurs, ces expressions de genre non normatives génèrent des malaises manifestes lors des soins : « Alors, pour ceux qui ça casse vraiment, c'est pour ceux qui sont extrêmement efféminés, pour ceux qui mettent vraiment le maquillage, les talons et tout ça. (travailleur·euse communautaire 3) ».

Les barrières financières peuvent aussi limiter l'accès aux soins pour plusieurs personnes de la DSG. Le coût des déplacements pour se faire dépister ou recevoir des services représente un obstacle important : « Non seulement il faut que je quitte ici, je prends les transports pour aller me faire dépister, un dépistage volontaire, il faut que je paie encore le transport pour y aller : je n'irai pas » (personne de la DSG 9).

Des manquements éthiques, tels des bris de confidentialité ou des indiscretions, ont aussi été décrits comme des obstacles significatifs. Comme l'indiquent les verbatims suivants, ces situations sont présentes tant dans les centres de santé non conviviaux que dans les centres conviviaux : « [en référant aux centres non conviviaux] il y a un problème de confidentialité, par rapport à leur état sérologique (prestataires de soins 1) »; « elle m'a posé des questions assez ambiguës [...] c'est comme si elle voulait absolument que je dise que j'étais gai et tout ça. Mais je ne voyais pas pourquoi je devais lui dire quoi que ce soit sur ma sexualité (travailleur·euse communautaire 3) ».

Certains·es participants·es ont également dénoncé des propos religieux venant de prestataires de soins, qui renforcent la discrimination : « “Tu es pédé[raste]” des termes qu'ils utilisent. “Tu as encore le VIH, franchement, ça, c'est diabolique, ça, c'est la punition divine” » (personne de la DSG 9). Les entrevues auprès des prestataires de soins ont aussi mis en lumière des discours moralisateurs face aux pratiques sexuelles des personnes de la DSG : « Je lui dis : “C'est arrivé parce que peut-être la voie que tu utilises c'est peut-être une voie qui a beaucoup de risques” » (prestataire de soins 2).

Ultimement, ces différents obstacles peuvent mener à un refus explicite de soins, un constat rapporté tant par les personnes de la DSG que par les prestataires de soins et travailleurs·euses communautaires : « ceux dont l'identité n'est pas cachée, on vous refuse même le soin (personne de la DSG7) »; « Bon lui, quand il fallait consulter un MSM, il ne voulait pas, il ne le faisait pas (prestataire de soins 3) »; « une population clé m'appelle : « J'ai été dans telle structure, on a refusé de me soigner (travailleur·euse communautaire 1) ».

3.2.3 Contexte sociopolitique

Le contexte sociopolitique apparaît comme un facteur influençant l'expérience de soins des personnes de la DSG. Sur le plan légal, les participants·es décrivent un environnement restrictif, sans interdiction explicite dans la loi, mais où les interprétations coercitives demeurent fréquentes. Cette réalité limite leurs droits, leur mobilité et leur sécurité, avec des répercussions directes sur l'accès aux soins : « ils ne bénéficient pas beaucoup de droits »

(prestataire de soins 1); « Les personnes trans, les MSM en ville, ils sont là. Malgré que les lois les interdisent, mais ils sont là » (travailleur·euse communautaire 1). Les rencontres informelles avec des avocats de cliniques juridiques communautaires amplifient ces constats : « des MSM qui se font faussement accuser de viol sur des mineurs (car la loi considère les mineurs comme inaptes à consentir) par des officiers de polices judiciaires sur des motifs finalement strictement homophobes » (extrait du journal de recherche de l'étudiante-chercheuse).

Au-delà du cadre juridique, les normes sociales jouent le rôle de législation non écrite, renforçant la stigmatisation et le silence entourant la DSG. Le tabou social impose une certaine omerta, obligeant plusieurs personnes à dissimuler leur identité ou leurs relations : « Vous savez ici, il y a des choses qu'on ne dit même pas » (personne de la DSG 8); « il faut faire semblant que : "Non je vis avec ma sœur" pour les femmes lesbiennes, "Non, je vis avec mon frère" pour les hommes gais » (personne de la DSG 9).

Les tabous persistants, combinés à l'absence de législation claire ou de mécanismes formels de protection, contribuent à un faible niveau d'acceptation sociale des personnes de la DSG. Les participants·es décrivent un contexte social marqué par l'hostilité, la violence et la discrimination : « Parce que chez nous, dans notre société, ici au pays, on les supporte difficilement. Il y a des endroits où, si on les voit : on les insulte, on les bat, on les chasse » (prestataires de soins 3).

Ces réalités contraignent plusieurs personnes de la DSG à vivre dans la clandestinité, afin de préserver leur sécurité et leur subsistance : « Quand tu es gai là, ça dérange toute la famille, donc nous sommes en clandestinité » (personne de la DSG 3)

Le rejet familial apparaît également comme une conséquence fréquente de cette stigmatisation sociale, entraînant une rupture du soutien affectif et matériel : « Mon père ne voulait plus que je vienne à la maison. Il ne voulait plus me payer les frais » (personne de la DSG 6). Dans l'ensemble, ces verbatims mettent en lumière un environnement social

contraignant qui favorise l'isolement, la précarité et une vulnérabilité accrue chez les personnes de la DSG.

3.3 Enjeux liés à l'expérience de soins

Les facilitateurs, les barrières et le contexte sociopolitique précédemment décrits génèrent plusieurs enjeux majeurs liés à l'expérience de soins des personnes de la DSG. Ces enjeux se traduisent à la fois par des conséquences directes sur l'accès et la qualité des soins de santé, ainsi que par des limites structurelles et organisationnelles propres aux centres conviviaux.

3.3.1 Conséquences sur l'accès et la qualité des soins de santé

Les réalités vécues par les personnes de la DSG engendrent diverses craintes, une stigmatisation intériorisée et des appréhensions face aux expériences avec le système de santé. Les expériences antérieures (personnelles ou rapportées par des pairs) peuvent exacerber ces angoisses et mener à des stratégies de protection comme la dissimulation d'information ou la minimisation de certains symptômes : « [En faisant référence aux centres réguliers] je ne saurais pas vraiment expliquer que j'ai des IST [Infection sexuellement transmissibles et par le sang] au niveau de l'anus, patati, patata. Ça va créer toujours des problèmes » (personne de la DSG 3).

Dans d'autres situations, les participants·es mentionnent que les échecs antérieurs d'accès aux soins conduisent à un report, voire à un évitement complet des consultations : « Du coup, la personne se décourage et elle rentre. Elle ne va plus suivre le traitement » (personne de la DSG 9); « Quand ils sont stigmatisés là-bas, ou rejetés là-bas, ils fuient » (prestataire de soins 3).

À long terme, l'accumulation de ces expériences négatives peut mener à une perte de confiance généralisée envers les structures de soins, qu'elles soient conviviales ou non pour les personnes de la DSG : « J'ai perdu la confiance, comment est-ce ce que je saurai que c'est productif ce qu'on m'a donné, est-ce que ça sera un bon produit. Est-ce que sera un produit vraiment lié à mon soin et à mon traitement ? » (personne de la DSG 4).

3.3.2 Limites structurelles et organisationnelles des centres conviviaux

Les centres conviviaux sont largement décrits comme des facilitateurs majeurs de l'accès aux soins, notamment en raison de l'attitude bienveillante des prestataires de soins et de leur sensibilité aux réalités de la DSG. Toutefois, les participants·es soulignent plusieurs limites importantes. D'abord, la prise en charge des problèmes de santé demeure restreinte à certains services, principalement liés au VIH et aux infections transmissibles sexuellement : « il n'y a que le VIH qui est pris en charge et les IST ». Si vous avez le paludisme, il faut aller payer la consultation. Si vous avez d'autres maladies, il faut donner l'argent » (personne de la DSG 9).

Le nombre limité de centres conviviaux constitue également une contrainte importante, souvent liée à la dépendance envers des financements externes : « les partenaires ne pouvaient pas financer tous ces centres-là pour qu'ils soient conviviaux » (prestataire de soins 1).

Ces contraintes financières influencent également les populations admissibles aux soins, excluant certaines personnes pourtant à risque : « [En mentionnant que les lesbiennes ne peuvent bénéficier des soins en centres conviviaux] vous savez, il y a des femmes lesbiennes qui accouchent. D'autres femmes lesbiennes qui ont attrapé le VIH parce qu'elles se sont dites je vais coucher avec un homme pour tomber enceinte, même si ce n'est pas son orientation » (personne de la DSG 9).

Par ailleurs, cette rareté des ressources amène certaines personnes à devoir justifier ou prouver leur appartenance à une « population clé » pour accéder aux services, générant de nouvelles formes de discrimination : « Il y a des questions qu'on pose, par exemple pour les PS, pour savoir si elle est vraiment une PS ou si elle ne l'est pas [...] on pose des questions par rapport à la tarification » (prestataire de soins 4).

De plus, la convergence des personnes de la DSG vers les centres conviviaux entraîne une forte visibilité de ces structures. Dans un contexte de faible acceptation sociale, cette visibilité peut devenir une source supplémentaire de stigmatisation : « parce qu'on est

tellement remarquable que quand on y va, on va avoir un premier qui est passé là, il y a 2, il y a 3, il y a 4 qui passent, donc forcément c'est très identifiable » (travailleur·euse communautaire 3) » ; « Et alors, les gens qui sont à l'entouré là, ils vont même injurier hein : « Centre de pédé[raste], centre de lesbiennes, centre de PS ». Nous sommes aussi discriminés » (personne de la DSG 5).

Enfin, certains·es participants·es soulignent une croyance persistante chez certains prestataires de soins ou décideurs selon laquelle les centres conviviaux auraient entièrement résolu les barrières aux soins, ce qui invisibilise les difficultés encore vécues : « du côté de santé, du côté du ministère de la Santé, toutes les dispositions sont prises pour qu'il n'y ait aucune barrière actuellement pour que les *keys pops* [population clés] se sentent à l'aise dans les milieux sanitaires » (prestataire de soins 1).

Table/Tableau 4. Principaux résultats de recherche

Facteurs d'influences	Facilitateurs	Attitudes positives et ouverture d'esprit des prestataires
		Centres conviviaux
		Gratuité des soins
		Formation spécialisée des prestataires
		La prévention et l'éducation à la santé aux bénéficiaires
	Barrières	Attitudes négatives des prestataires
		Stéréotypes, préjugés et fausses croyances des prestataires
		Expression de genre des patients·es
		Barrières financières
		Manquements éthiques (bris de confidentialité, indiscretions)
		Propos religieux et/ou moralisateurs des prestataires
		Refus de soins
	Contexte sociopolitique	Contexte légal ambigu
		Normes sociales (tabou, manque d'acceptation)
		Clandestinité
		Rejet familial
Enjeux	Conséquences sur l'accès et la qualité des soins de santé	Stratégies de protection (dissimulation ou minimisation)
		Report ou évitement de consultations
		Perte de confiance envers les structures de soins
	Limites structurelles et organisationnelles des centres conviviaux	Prise en charge limitée des problèmes de santé
		Dépendance des structures envers le financement externe
		Exclusion de certaines populations à risque
		Nécessité de prouver son appartenance
		Visibilisation des structures
		Croire persistante que les centres ont tous résolu

4. Discussion

Les résultats de cette recherche mettent en évidence la complexité des facteurs qui influencent l'expérience de soins des personnes de la DSG, en révélant à la fois des facilitateurs, des barrières et des déterminants sociopolitiques qui interagissent de manière dynamique. L'analyse montre que les centres conviviaux constituent une réponse essentielle à plusieurs besoins non comblés par le système de santé conventionnel, tout en soulignant les enjeux et limites inhérents à leur fonctionnement. Les constats principaux indiquent que, bien

qu'indispensables, ces centres ne peuvent être considérés comme une solution unique et définitive.

4.1 Les centres conviviaux : une piste de solution nécessaire, mais insuffisante

L'implantation des centres conviviaux répond clairement à des besoins fondamentaux en matière de prévention et de prise en charge de problèmes de santé prioritaires, notamment le VIH et les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Au-delà de l'offre de services biomédicaux, ces centres apparaissent comme des espaces perçus comme sécuritaires, où les personnes de la DSG peuvent exprimer leurs préoccupations sans crainte immédiate de jugement ou de discrimination.

Dans un contexte marqué par l'hostilité politique, le rejet familial, la stigmatisation sociale et la criminalisation indirecte, les parcours de soins des personnes de la DSG sont souvent jalonnés d'obstacles structurels et relationnels. La présence de prestataires empathiques, formés·es aux réalités de la DSG, constitue à cet égard un levier majeur d'amélioration de l'expérience de soins. La formation spécifique offerte aux prestataires de soins travaillant dans les centres conviviaux favorise une meilleure compréhension des besoins de cette population, un constat également rapporté dans la littérature (Okall et al., 2014). En ce sens, Adoma et al. (2023), ont montré que l'établissement d'une relation de confiance entre patients·es et prestataires de soins est associé à une meilleure qualité des soins. Les études antérieures montrent que des expériences de soins perçues comme négatives favorisent la méfiance et conduisent à l'évitement des services (Balogun et al., 2019, 2019; Mbede et al., 2020; Mwaniki et al., 2024).

Toutefois, les résultats soulignent que les centres conviviaux sont confrontés à des limites structurelles importantes, notamment en raison de leur dépendance à des financements externes. Le nombre restreint de ces centres limite leur couverture géographique et leur capacité à répondre à l'ensemble des besoins exprimés. Cette contrainte financière influence également l'éventail des services offerts et les profils des personnes admissibles, entraînant une sélection des bénéficiaires qui peut s'apparenter à une forme de ségrégation

institutionnelle. La nécessité pour certaines personnes de devoir prouver leur appartenance à une « population clé » afin d'accéder aux soins soulève des enjeux éthiques majeurs. Cette logique d'identification, parfois motivée par la crainte d'un usage abusif de la gratuité des services, fragilise le lien de confiance entre patients·es et prestataires de soins (Lane et al., 2008).

Par ailleurs, la concentration des services destinés aux personnes de la DSG au sein de structures spécialisées contribue à une forme de ghettoïsation des soins. Cette organisation accroît la visibilité de ces centres tout en réduisant l'anonymat des personnes qui les fréquentent. Dans des contextes où l'acceptation sociale demeure limitée, cette visibilité peut paradoxalement transformer des espaces conçus comme protecteurs en lieux de stigmatisation, voire d'exposition accrue aux discriminations. Ces constats rejoignent les travaux de Mwaniki et al. (2023), qui soulignent que l'intégration de services inclusifs au sein de l'ensemble des structures de santé pourrait atténuer ces effets pervers et favoriser un accès plus équitable aux soins.

D'autres auteurs montrent que des expériences de soins perçues comme négatives (qu'elles soient liées à la stigmatisation, au jugement ou au manque de confidentialité) alimentent la méfiance envers le système de santé et conduisent à l'évitement ou à l'abandon des services (Balogun et al., 2019; Mbede et al., 2020; Mwaniki et al., 2024). Dans cette perspective, même les dispositifs les plus inclusifs perdent leur efficacité lorsque les personnes concernées ne s'y sentent pas suffisamment en sécurité pour les fréquenter. Les centres conviviaux apparaissent ainsi comme une étape transitoire nécessaire pour répondre à des besoins immédiats, mais insuffisante à elle seule pour transformer durablement les conditions d'accès aux soins des personnes de la DSG.

Enfin, malgré une attitude globalement bienveillante rapportée chez les prestataires de soin, certains propos relevés dans les entrevues traduisent la persistance de préjugés inconscients, notamment à travers des discours suggérant que l'orientation sexuelle relèverait d'un choix ou associant certaines populations à des comportements « capricieux » ou «

négligents ». Mwaniki et al. (2023) notent également cette discordance dans les discours de certains prestataires de soin rencontrés et qualifient ceux-ci de microagressions. Bien que les progrès réalisés soient notables dans l'attitude des prestataires de soin, il semble impératif de ne pas considérer les acquis comme suffisants et de continuer à déployer des efforts à l'amélioration des services. Plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'envisager la formation des prestataires de soins comme un processus continu afin de réduire la stigmatisation et soutenir des pratiques cliniques inclusives à long terme (Fay et al., 2011; Mwaniki et al., 2023; Taegtmeyer et al., 2013).

4.2 Pistes de solutions proposées par les participants·es

Les participants·es ont formulé des pistes de solutions concrètes visant à améliorer durablement l'expérience de soins. Une première récurrence concerne l'interpellation directe des instances décisionnelles, des gouvernements et des organismes subventionnaires, appelés à mieux comprendre les réalités vécues sur le terrain et à agir de manière structurante : « Passez parfois dans des centres, voir comment ça se passe, aller vous renseigner [...] Les gouvernements peuvent passer dans notre site pour voir ce qu'ils peuvent faire pour nous » (personne de la DSG 1).

Le manque de financement est perçu comme un frein majeur, tant pour la production de données probantes que pour la pérennité des interventions : « Il y a tellement de choses qui peuvent être documentées, mais très souvent, c'est les fonds qui manquent » (travailleur·euse communautaire). Plusieurs discours soulignent également la nécessité d'une plus grande autonomisation des communautés concernées, notamment par un recentrage des ressources vers des initiatives portées par et pour les personnes de la DSG. Cette critique des modèles d'intervention verticalisés rejoint les appels de différents auteurs en santé publique à privilégier des approches participatives et communautaires (Campbell & Cornish, 2010; Cargo & Mercer, 2008; Rifkin, 2009) où des expertises et expériences plurielles sont reconnues et valorisées, incluant celles issues du vécu des inégalités (Richard et al., 2021). Ces processus sont désormais reconnus comme des leviers permettant de répondre de

manière plus intégrée, équitable et efficiente aux besoins complexes des groupes vulnérabilisés (Richard et al., 2021).

Dans le même ordre d'idée, plusieurs participants·es ont suggéré l'intégration de prestataires de soins issus de la DSG dans les centres : « vous devez voir que les prestataires des centres conviviaux spécialisés [...] puissent être aussi des personnes de la communauté » (personne de la DSG 6). Des travaux soulignent que l'intégration de prestataires issus·es des communautés de la DSG ou l'engagement de professionnels·les possédant une bonne connaissance des réalités DSG favorise la confiance, l'acceptabilité et l'humanisation des soins (Dumas & Chamberland, 2014). Cette dynamique s'explique par leur compréhension expérientielle des réalités vécues (Malik et al., 2019; Seida et al., 2024).

4.3 Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques importantes. La diversité des profils de participants·es (incluant des personnes de la DSG, des prestataires de soins et des travailleurs·euses communautaires) a permis une triangulation des sources et des points de vue, renforçant la crédibilité et la richesse interprétative des résultats (Carter et al., 2014). La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à l'atteinte d'une saturation des données suffisante pour éclairer le phénomène étudié. Cette approche s'inscrit dans la perspective où la taille de l'échantillon est appréciée en fonction de la spécificité de l'objectif de recherche et de la profondeur des données recueillies (Malterud et al., 2016). De plus, la collecte de données a été soutenue par la tenue d'un journal de bord réflexif, favorisant une compréhension des dynamiques sociales, institutionnelles et relationnelles influençant l'expérience de soins. Cette posture réflexive est reconnue comme centrale en recherche qualitative pour renforcer la transparence du processus analytique (Roulston & Shelton, 2015; Valéau & Gardody, 2016). Finalement, l'approche d'analyse inductive utilisée, centrée sur les savoirs expérientiels (Daigle et al., 2025), a contribué à produire des connaissances pertinentes pour l'action et sensibles aux inégalités structurelles en santé (Cargo & Mercer, 2008).

Certaines limites doivent toutefois être considérées. L'accès limité à certaines sous-populations — notamment les personnes vivant en milieu rural, ne fréquentant pas les centres conviviaux, s'exprimant exclusivement dans les langues locales ainsi que des prestataires de centres réguliers — limite la transférabilité des résultats (Malterud, 2001). Le recrutement via des réseaux communautaires et des structures de soins peut également avoir introduit un biais de sélection, en favorisant la participation de personnes déjà en lien avec des services sensibilisés aux enjeux de la DSG (Heckathorn, 2011). Enfin, un biais de désirabilité sociale ne peut être exclu, tant chez les prestataires de soins que chez les personnes participantes, particulièrement dans un contexte où les thématiques abordées demeurent socialement et politiquement sensibles (Bergen & Labonté, 2020).

5. Conclusion

Cette étude visait à approfondir la compréhension de l'expérience de soins des personnes de la diversité sexuelle et de genre dans un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale, à travers deux objectifs : explorer les facteurs d'influence et décrire les enjeux associés. Ce projet aura permis d'identifier des pistes de solutions pour des interventions mieux adaptées aux besoins de la diversité sexuelle et de genre, de justifier l'importance du soutien financier accordé à la recherche sur ces enjeux et également d'élaborer un outil de transfert de connaissance offrant des appuis argumentaires probants aux luttes et revendications militantes.

Remerciements. L'équipe de recherche remercie le ministère de l'Enseignement supérieur du Québec en partenariat avec le bureau de coopération interuniversitaire (BCI), L'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et le Réseau de recherche en interventions en sciences du Québec (RRISIQ), le fonds de recherche en santé du Québec (FRQS) pour leur contribution à la réalisation de ce projet de recherche ainsi que : l'axe santé mondiale du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) pour sa contribution à la dissémination des résultats de cette recherche.

Conflit d'intérêts. L'équipe de recherche ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Références

- Adoma, Yeboah Snr CA, Nantomah B, Manu E, & Kushitor MK. (2023). Experiences of care-seeking behaviour for sexually transmitted infections among gay and bisexual men: A phenomenological study. *African Journal of Reproductive Health*, 27(7), 64–75. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i7.7>
- Balogun, A., Bissell, P., & Saddiq, M. (2019). Negotiating access to the nigerian healthcare system: The experiences of hiv-positive men who have sex with men. *Culture, Health & Sexuality. psych.* <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1582802>
- Bergen, N. et Labonté, R. (2020). “Everything is perfect, and we have no problems”: detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qualitative health research*, 30(5), 783-792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Bergeron, D. A. et Gaboury, I. (2020). Challenges related to the analytical process in realist evaluation and latest developments on the use of NVivo from a realist perspective. *International Journal of Social Research Methodology*, 23(3), 355-365. <https://doi.org/10.1080/13645579.2019.1697167>
- Bourque, J., & El Adlouni, S.-E. (2016). *Manuel d'introduction à la statistique appliquée aux sciences*. Presses de l'Université Laval.
- Campbell, C. et Cornish, F. (2010). Towards a “fourth generation” of approaches to HIV/AIDS management: creating contexts for effective community mobilisation. *AIDS care*, 22(sup2), 1569-1579. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.525812>
- Cargo, M. et Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu. Rev. Public Health*, 29(1), 325-350. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545–547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Chitando, E. et Mateveke, P. (2017). Africanizing the discourse on homosexuality: challenges and prospects. *Critical African Studies*, 9(1), 124-140. <https://doi.org/10.1080/21681392.2017.1285243>

- Clark, F. (2014). Discrimination against LGBT people triggers health concerns. *Lancet*, 383 North American Edition(9916), 500–502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60169-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60169-0)
- Daigle, M., Bergeron, D. et Ledoux, I. (2025). La démarche d'analyse inductive : principes, défis et pistes de solutions. *L'infirmière clinicienne*, 22(1), 1-11. <https://revue-infirmiereclinicienne.ugr.ca/wp-content/uploads/2025/02/Daigle-et-al-2025-RevInfClinicienneVol22no1pp1-11.pdf>
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Dumas, J. et Chamberland, L. (2014). Les besoins des minorités sexuelles et les services sociaux et de santé: signes d'ouverture. *Revue du CREMIS*, 7(1), 9-14. <https://api.cremis.ca/wpcontent/uploads/2023/03/RevueCREMISvol7no1art2.pdf.pdf>
- Fay, H., Baral, S. D., Trapence, G., Motimedi, F., Umar, E., Iipinge, S., Dausab, F., Wirtz, A., & Beyrer, C. (2011). Stigma, Health Care Access, and HIV Knowledge Among Men Who Have Sex With Men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS and Behavior*, 15(6), 1088–1097. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9861-2>
- Folayan, M. O., Stevens-Murphy, E.-J., Nwakamma, I., Lusher, J., & Oloniniyi, I. O. (2022). Whose rights are being violated when receiving HIV and sexual and reproductive health services in Nigeria? *BMC Health Services Research*, 22(1), 1444. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08624-9>
- Folayan, Yakusik A, Enemo A, Sunday A, Muhammad A, Nyako HY, Abdullah RM, Okiwu H, & Lamontagne E. (2023). Socioeconomic inequality, health inequity and well-being of transgender people during the COVID-19 pandemic in Nigeria. *BMC Public Health*, 23(1), 1539. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16482-1>

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition.). Chenelière éducation.
- Gautier, L., Sieleunou, I., & Kalolo, A. (2018). Deconstructing the notion of “global health research partnerships” across Northern and African contexts. *BMC Medical Ethics*, 19, 13–20. Springer Nature - BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0280-7>
- Glaser, B. G., Strauss, A. L., Oeuvray, K., Soulet, M.-H. et Paillé, P. (2010). *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*. Armand Colin. <https://doi.org/10.4000/lectures.1357>
- Gray, J., Grove, S. K., Sutherland, S., & Burns, N. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (Edition 8.). Elsevier.
- Heckathorn, D. D. (2011). Comment: Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociological methodology*, 41(1), 355-366. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hughes, T. L., Riggle, E. D. B., Moreland, P., White, R., & Gishoma, D. (2021). Trauma, mental health, and health care experiences of lesbian and bisexual women in Rwanda. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. psych. <https://doi.org/10.1037/sgd0000417>
- Human Rights Watch. (2021). #outlawed “The love that dare not speak its name.” http://internap.hrw.org/features/features/lgbt_laws/
- Lamontagne, E., d’Elbée, M., Ross, M. W., Carroll, A., Plessis, A. du, & Loures, L. (2018). A socioecological measurement of homophobia for all countries and its public health impact. *European Journal of Public Health*, 28(5), 967–972. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky023>

- Lane, T., Mogale, T., Struthers, H., McIntyre, J., & Kegeles, S. M. (2008). “They see you as a different thing”: The experiences of men who have sex with men with healthcare workers in South African township communities. *Sexually Transmitted Infections*, 84(6), 430–433. <https://doi.org/10.1136/sti.2008.031567>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). Qualitative research methods: A data collector’s field guide. *Family Health International*.
- Malik, S., Master, Z., Parker, W., DeCoster, B. et Campo-Engelstein, L. (2019). In our own words: a qualitative exploration of complex patient-provider interactions in an LGBTQ population. *Canadian Journal of Bioethics*, 2(2), 83-93. <https://doi.org/10.7202/1062305ar>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K., Siersma, V. D. et Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Masekela, R., Mortimer, K., Aluoch, J., & Ozoh, O. B. (2022). Building research capacity to correct global health’s wrongs. *The Lancet. Global Health*, 10(2), e175–e176. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00491-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00491-5)
- Maussa-Lopez, J. (2021). Guide d’écriture inclusive : Pour une socialisation et une alphabétisation plus égalitaires des adultes. *Centre de Documentation Sur l’éducation Des Adultes et La Condition Féminine (CDEACF)*, 1–26. https://bv.cdeacf.ca/documents/PDF/CDEACF_GUIDE_redaction-inclusive.pdf
- Mbeda, C., Ogendo, A., Lando, R., Schnabel, D., Gust, D. A., Guo, X., Akelo, V., Dominguez, K., Panchia, R., Mbilizi, Y., Chen, Y., & Chege, W. (2020). Healthcare-related stigma among men who have sex with men and transgender women in sub-

- Saharan Africa participating in HIV Prevention Trials Network (HPTN) 075 study. *AIDS Care*, 32(8), 1052–1060. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1776824>
- McDermott, E., Hughes, E., & Rawlings, V. (2018). Norms and normalisation: Understanding lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth, suicidality and help-seeking. *Culture, Health & Sexuality*, 20(2), 156–172. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1335435>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (Fourth edition). SAGE; WorldCat.
- Mwaniki, S., Kaberia, P., Mugo, P., & Palanee-Phillips, T. (2024). “What if I get sick, where shall I go?”: A qualitative investigation of healthcare engagement among young gay and bisexual men in Nairobi, Kenya. *BMC Public Health*, 24(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17555-x>
- Mwaniki, S., Kaberia, P., Mugo, P., & Palanee-Phillips, T.-P. (2023). “We must help them despite who they are...”: Healthcare providers’ attitudes and perspectives on care for young gay, bisexual and other men who have sex with men in Nairobi, Kenya. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1055. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10026-4>
- Office québécois de la langue française. (2020). *Rédaction épicienne, formulation neutre, rédaction non binaire et écriture inclusive*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/25421/banque-de-depannage-linguistique/la-redaction-et-la-communication/feminisation-et-redaction-epicene/redaction-epicene/redaction-epicene-formulation-neutre-redaction-non-binaire-et-ecriture-inclusive>
- Okall, D. O., Ondenge, K., Nyambura, M., Otieno, F. O., Hardnett, F., Turner, K., Mills, L. A., Masinya, K., Chen, R. T., & Gust, D. A. (2014). Men who have sex with men in Kisumu, Kenya: Comfort in accessing health services and willingness to participate in HIV prevention studies. *Journal of Homosexuality*, 61(12), 1712–1726. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.951261>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. et Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed

- method implementation research. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 42(5), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Richard, J., Bergeron, D. A., Lessard, L., Toupin, I., Ouellet, N. et Bédard, E. (2021). Défis de l'action intersectorielle et pistes de réflexion pour renforcer la concertation dans les milieux ruraux du Québec en contexte de pandémie. *Global Health Promotion*, 28(1), 98-102. <https://doi.org/10.1177/1757975920986128>
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International health*, 1(1), 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
- Roulston, K. et Shelton, S. A. (2015). Reconceptualizing bias in teaching qualitative research methods. *Qualitative inquiry*, 21(4), 332-342. <https://doi.org/10.1177/1077800414563803>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in nursing & health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4%3C334::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4%3C334::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G)
- Seida, K., Desmeules-Trudel, F. et Jakubiec, B. A. (2024). « Shared and Collective Stress » 2SLGBTQI and Allied Mental Healthcare Providers' Experiences and Challenges During COVID-19 in Canada. *Atlantis*, 45(2), 55-70. <https://doi.org/10.7202/1114710ar>
- Statistiques Canada. (2020). *Sexe et genre*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/road2021-chemin2021/fs-fi/sexe-et-genre.cfm>
- Taegtmeyer, M., Davies, A., Mwangome, M., van der Elst, E. M., Graham, S. M., Price, M. A., & Sanders, E. J. (2013). Challenges in providing counselling to MSM in highly stigmatized contexts: Results of a qualitative study from Kenya. *PloS One*, 8(6), e64527. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064527>

UNAIDS. (2025). *Fact sheet—Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic.*

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf

United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2025). *Key populations.*

<https://www.unaids.org/en/topic/key-populations>

Valéau, P. et Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord: un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76-100.

<https://doi.org/10.7202/1084497ar>

Waisel, D. B. (2013). Vulnerable populations in healthcare. *Current Opinion in Anesthesiology*, 26(2), 186–192. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32835e8c17>

Woods, M., Paulus, T., Atkins, D. P. et Macklin, R. (2016). Advancing Qualitative Research Using Qualitative Data Analysis Software (QDAS)? Reviewing Potential Versus Practice in Published Studies using ATLAS.ti and NVivo, 1994–2013. *Social Science Computer Review*, 34(5), 597-617. <https://doi.org/10.1177/0894439315596311>

World Health Organization (WHO). (2019). *Thirteenth general program of work, 2019–2023: Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CHAPITRE 3

AU-DELA DE LA DIFFUSION : COCONSTRUIRE UN PROCESSUS DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES AVEC DES POPULATIONS CLES, DE LA DIVERSITE SEXUELLE ET DE GENRE POUR SOUTENIR LE PLAIDOYER ET L'ACTION COLLECTIVE

Résumé en français du troisième article

Objectif : Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les populations clés et les personnes de diversité sexuelle et de genre (DSG) font face à des obstacles pour accéder aux soins de santé. Peu d'études documentent des démarches de transfert de connaissances (TC) coconstruites dans des contextes marqués par la stigmatisation, la criminalisation et des rapports inégalitaires. L'objectif de cet article était de décrire et analyser un TC coconstruit avec des partenaires communautaires dans un pays d'Afrique centrale, à partir d'une recherche qualitative descriptive auprès de personnes de la DSG, de prestataires de soins et d'intervenants·es communautaires.

Méthode : Le TC a été intégré à la recherche par la validation collective des résultats, la co-construction d'outils de mobilisation et la restitution dialogique. L'analyse met en évidence les défis principaux (risques liés à la visibilité, contraintes contextuelles, asymétries de pouvoir) et les facteurs facilitant l'appropriation des connaissances (qualité des partenariats, ancrage local, formats visuels participatifs).

Synthèse : Cette expérience illustre le potentiel des démarches coconstruites pour promouvoir la justice cognitive, l'appropriation locale des savoirs et l'action collective en santé, tout en comblant une lacune de la littérature sur le TC dans le Sud global.

Conclusion : Le TC y est présenté comme une composante centrale de la recherche en santé, offrant un espace de dialogue, de co-apprentissage et de production de connaissances orientées vers l'action. Cette approche contribue à promouvoir des systèmes de santé plus équitables et socialement responsables.

Mots-clés : Transfert de connaissances; Co-construction; Diversité sexuelle et de genre; Populations clés; Santé mondiale; Justice cognitive

Financement : Ce projet a été soutenu financièrement par le ministère de l'Enseignement supérieur du Québec, en partenariat avec le Bureau de coopération interuniversitaire, le Réseau québécois de recherche en interventions infirmières. La dissémination des résultats de cette recherche a été permise par l'axe santé mondiale du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ). Dave A. Bergeron bénéficie d'une bourse salariale Junior 1 du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

Conflits d'intérêts : L'équipe de recherche déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs·rices : Malika Degrâce-Roy a effectué le processus de transfert de connaissance et l'idéation de l'article. Dave A. Bergeron et Malika Degrâce-Roy ont rédigé le manuscrit, tandis que Philippe Lukanu Ngwala et Lynda Rey ont fourni des commentaires critiques sur les différentes versions. Tous les auteurs·rices ont lu et approuvé la version finale.

* Cet article a été soumis à la revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation de connaissance (TUC). Il est présenté selon ses exigences de rédaction. Les références sont détaillées dans le style APA 7^e éditions.

**Au-delà de la diffusion : coconstruire un processus de transfert de connaissances
avec des populations clés, de la diversité sexuelle et de genre pour soutenir le
plaidoyer et l'action collective**

***Beyond Dissemination: Co-Constructing a Knowledge Translation Process with Key
Populations of Sexual and Gender Diversity to Support Advocacy and Collective Action***

RESUME

Dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, les populations clés et issues de la diversité sexuelle et de genre (DSG) demeurent confrontées à des barrières structurelles majeures dans l'accès aux soins de santé. Si la littérature souligne l'importance du transfert de connaissances (TC) pour soutenir des pratiques et décisions plus équitables, peu d'articles documentent de manière empirique et détaillée des démarches de TC coconstruites dans des contextes marqués par la stigmatisation, la criminalisation et des rapports de pouvoir inégaux. Cet article vise à décrire et analyser une démarche de TC coconstruite avec des partenaires communautaires dans un pays d'Afrique centrale, à partir des résultats d'une recherche qualitative descriptive menée auprès de personnes issues de la DSG, de prestataires de soins et d'intervenants communautaires. Le TC a été conçu comme un processus intégré à la recherche, reposant sur des activités de validation collective des résultats, de co-construction d'outils de mobilisation et de restitution dialogique. L'analyse illustre les principaux défis rencontrés, notamment la gestion des risques liés à la visibilité, les contraintes contextuelles et les asymétries de pouvoir, ainsi que les facteurs favorisant l'appropriation et l'usage des connaissances, tels que la qualité des relations partenariales, l'ancrage dans des dynamiques locales de plaidoyer et le recours à des formats visuels participatifs. En documentant cette expérience, l'article contribue à combler une lacune de la littérature sur le TC dans le Sud global et démontre le potentiel des démarches coconstruites pour soutenir la justice cognitive, l'appropriation locale des savoirs et l'action collective en santé.

Mots-clés : Transfert de connaissances; Co-construction; Diversité sexuelle et de genre;

Populations clés; Santé mondiale; Justice cognitive

ABSTRACT

In many low- and middle-income countries, key populations and people of diverse sexual orientations and gender identities continue to face major structural barriers to accessing health care. While the literature highlights the importance of knowledge translation (KT) in supporting more equitable practices and decision-making, few studies empirically and in detail document co-constructed KT approaches implemented in contexts marked by stigma, criminalization, and unequal power relations. This article aims to describe and analyze a co-constructed KT process developed with community partners in a Central African country, drawing on the results of a descriptive qualitative study conducted with people of diverse sexual and gender identities, health care providers, and community-based practitioners. KT was conceptualized as a research-integrated process, grounded in activities such as collective validation of findings, co-construction of knowledge mobilization tools, and dialogical dissemination with different audiences. The analysis highlights key challenges encountered, including the management of risks related to visibility, contextual constraints, and power asymmetries, as well as factors that facilitated the appropriation and use of knowledge, such as the quality of partnerships, anchoring in local advocacy dynamics, and the use of participatory visual formats. By documenting this experience, the article addresses a gap in the KT literature in the Global South and underscores the potential of co-constructed approaches to support cognitive justice, local ownership of knowledge, and collective action in health.

Keywords: Knowledge translation; Co-construction; Sexual and gender minorities; Key populations; Global health; Cognitive justice

Messages clés – Retombées pour la pratique et la décision

1. Le transfert de connaissances ne peut être réduit à une activité technique de diffusion dans des contextes marqués par la stigmatisation et les inégalités structurelles.
2. Les démarches de TC coconstruites renforcent l'appropriation locale des résultats, en reconnaissant les savoirs expérientiels et les priorités des acteurs communautaires.
3. La gestion éthique des risques liés à la visibilité est centrale lorsque les résultats sont mobilisés à des fins de plaidoyer auprès de populations marginalisées.
4. Les relations de confiance constituent un élément clé du TC, souvent plus déterminantes que les outils eux-mêmes.

5. Le TC peut soutenir l'action collective et le plaidoyer local, en transformant les résultats de recherche en ressources stratégiques mobilisables.

Introduction

Dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, les populations clés et de la diversité sexuelle et de genre (DSG) — incluant notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes transgenres et les professionnels·les du sexe — demeurent confrontées à des barrières structurelles majeures dans l'accès aux soins de santé (Gamariel et al., 2020; Kim et al., 2018; Pearson et al., 2022; UNAIDS, 2021; Waisel, 2013). Malgré les avancées biomédicales et les efforts soutenus en santé mondiale, ces populations continuent de faire face à des inégalités persistantes qui entravent l'accès à la prévention, au dépistage et aux traitements, contribuant ainsi au ralentissement de la riposte mondiale au VIH/sida (UNAIDS, 2021).

Dans de nombreux contextes, ces obstacles sont renforcés par des cadres juridiques discriminatoires, par la criminalisation de certaines pratiques sexuelles ou identités de genre ou par la violation de leurs droits (Folayan et al., 2022; Human Rights Watch, 2021; Lamontagne et al., 2018). Ces phénomènes légaux et normatifs traduisent à l'échelle macrostructurelle des formes profondément enracinées de stigmatisation sociale et de contrôle moral, qui se répercutent directement sur les parcours de soins de la DSG (Kavanagh et al., 2021; Viswasam, Lyons, MacAllister, Millett, Sherwood, Rao, Baral, & Group, 2020). Les conséquences de ces dynamiques sont particulièrement marquées dans les domaines de la santé sexuelle, du VIH et de la santé mentale, où l'accès tardif ou interrompu aux services de santé demeure fréquent (Folayan et al., 2023; Hughes et al., 2023; Mashora et al., 2019a; McDermott et al., 2018; Viswasam et al., 2020). La DSG présente ainsi un fardeau disproportionné de détresse psychologique, de troubles mentaux et d'expériences de violence, largement attribuable à la stigmatisation, à l'exclusion sociale et aux interactions négatives avec les structures de soins (Folayan et al., 2023; Hughes et al., 2021; Viswasam et al., 2020).

Dans des contextes caractérisés par des inégalités structurelles persistantes, des héritages coloniaux qui subsistent et la marginalisation sociale de certaines populations, le transfert

de connaissances (TC) ne peut être envisagé comme une simple opération technique de diffusion. Plusieurs auteurs·rices soulignent au contraire la nécessité de le concevoir comme un processus dynamique, relationnel et profondément éthique, impliquant une remise en question des rapports de pouvoir entre chercheurs·euses et communautés concernées (de Oliveira et al., 2021; Hot et al., 2023). Dans cette perspective, la co-construction du TC apparaît comme une approche particulièrement pertinente pour favoriser la justice cognitive, renforcer l'appropriation locale des résultats et reconnaître la valeur des savoirs situés et expérientiels (Tandon et al., 2016). Un investissement réel et solide entre les équipes de recherche et les communautés renforce l'autonomisation et l'autodétermination de celles-ci, ce qui, ultimement, consolide la durabilité et les bénéfices à long terme (Lajeunesse-Trempe et al., 2025).

Malgré des appels répétés à dépasser les modèles unidirectionnels de TC au profit de démarches collaboratives, contextualisées et culturellement ancrées, les descriptions empiriques détaillées de telles pratiques demeurent relativement rares dans la littérature scientifique, en particulier dans les contextes du Sud global (Abimbola, 2019; Bergeron et al., 2022; Hot et al., 2023). Cette lacune limite les possibilités de partage d'expériences et d'apprentissages mutuels entre chercheurs·euses, intervenants·es et partenaires communautaires, et freine la consolidation de pratiques de TC réellement adaptées aux réalités locales.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent article, qui vise à documenter et analyser une démarche de TC co-construite avec des partenaires communautaires dans un pays d'Afrique centrale. L'objectif est de décrire de manière approfondie les différentes étapes de ce processus, d'examiner les défis rencontrés et d'identifier les facteurs ayant favorisé une mobilisation effective des résultats de recherche, notamment en soutien aux actions de plaidoyer local.

Contexte et résumé du projet de recherche

Le processus de TC présenté dans cet article s'appuie sur une étude qualitative descriptive menée en 2023 dans un pays d'Afrique centrale (Degrâce-Roy et al., soumis).

Cette recherche visait à mieux comprendre les expériences de soins vécues par des personnes issues de la DSG, en tenant compte des interactions complexes entre facteurs individuels, institutionnels et sociopolitiques. L'étude s'inscrivait dans une perspective compréhensive, attentive aux récits des personnes concernées et aux contextes structurels, façonnant leurs trajectoires de soins. Allant de pair avec les intentions initiales du projet de recherche qui se voulait coconstruit, le processus TC a été réfléchi hors des structures descendantes de diffusion traditionnelles. Ainsi, cette étape ultime du projet nous apparaît comme indispensable à la cohérence globale et à l'achèvement de cette recherche en plus de répondre à une demande formulée par les participants·es.

Seize entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de trois groupes de participants·es : des personnes de la DSG, des prestataires de soins, et des intervenants·es communautaires. Cette diversité de profils a permis de croiser les points de vue et de mettre en lumière des convergences, mais également des écarts entre les perceptions des usagers·ères et celles des professionnels·les de la santé.

L'analyse thématique a mis en évidence plusieurs dynamiques influençant l'expérience de soins. Certains facteurs facilitants ont été identifiés, tels que la gratuité de certains services, l'existence de centres dits conviviaux et l'attitude inclusive de prestataires ayant bénéficié de formations spécifiques. Toutefois, ces éléments positifs demeurent largement contrebalancés par des barrières systémiques persistantes, incluant des stéréotypes négatifs, des propos moralisateurs, des manquements éthiques, des obstacles financiers et, dans certains cas, des refus explicites de soins. Ces barrières sont exacerbées par un contexte sociopolitique contraignant, marqué par la stigmatisation sociale, le rejet familial, la clandestinité et un cadre légal souvent flou ou ambigu.

Ces dynamiques fragilisent la relation de confiance entre la DSG et les structures de santé, compromettant la continuité et la qualité des soins. Elles favorisent également l'adoption de stratégies d'évitement ou de protection, telles que la dissimulation de certaines informations ou la minimisation des besoins de soins. Bien que les centres conviviaux soient généralement perçus de manière positive, ils présentent, eux aussi, des limites structurelles liées à leur accessibilité géographique, à leur dépendance au financement externe et à leur visibilité accrue dans des contextes de forte stigmatisation.

Fondements et objectifs du processus de transfert de connaissances

Le processus de TC a été conçu comme le prolongement naturel et indissociable de la démarche de recherche, conformément aux approches contemporaines de TC intégré, qui le considèrent comme une exigence éthique et méthodologique plutôt que comme une étape finale de diffusion (Canadian Institutes of Health Research, 2012; Graham et al., 2006). Cette posture repose sur l'idée que les connaissances gagnent en pertinence et en utilité lorsqu'elles sont produites et mobilisées en interaction étroite avec les personnes directement concernées par les enjeux étudiés.

Ancrée dans des perspectives critiques et participatives, la démarche reconnaît la pluralité des savoirs notamment expérientiels, tout en cherchant à produire des connaissances socialement utiles, appropriables et mobilisables par les acteurs locaux (Bergeron et al., 2022; Campbell, 2010). Dans cette optique, le TC ne se limite pas à la transmission d'informations issues de la recherche, mais constitue un espace de coproduction de sens où les résultats sont discutés, contextualisés et retravaillés afin de soutenir l'action collective et le plaidoyer local.

Le processus poursuivait deux objectifs complémentaires. Le premier visait à favoriser l'appropriation locale des connaissances produites, en permettant à la DSG et aux organismes partenaires de se reconnaître dans les résultats et de les utiliser comme ressources pour soutenir leurs propres actions. La littérature souligne que l'appropriation des connaissances par les utilisateurs·rices constitue un déterminant central de leur mobilisation dans les pratiques et décisions (Graham et al., 2006; Sudsawad, 2007). Cette appropriation reposait sur un travail soutenu de vulgarisation et de contextualisation des résultats, afin de les rendre accessibles à des publics non académiques et adaptés aux réalités locales (Affret et al., 2020).

Le second objectif consistait à soutenir explicitement la mobilisation des résultats à des fins de plaidoyer local. Dans un contexte où les organismes communautaires expriment un besoin marqué de données probantes pour dialoguer avec les décideurs, les bailleurs de fonds et les institutions de santé, le TC devait contribuer à transformer les

résultats de recherche en outils stratégiques au service de l'action collective (Martin-Fernandez et al., 2021).

Étapes détaillées du processus de transfert de connaissances

Préparation et planification du transfert de connaissances

La première étape du processus a consisté en une phase préparatoire menée en amont du retour sur le terrain, en étroite collaboration avec les partenaires communautaires. Cette phase a permis d'identifier les parties prenantes prioritaires, de clarifier les attentes et les besoins des acteurs·rices locaux, et de déterminer les formats de transfert les plus pertinents au regard des usages, des ressources disponibles et du contexte sociopolitique.

Plutôt que de privilégier des rapports écrits longs ou des supports techniques, souvent peu accessibles dans des contextes communautaires, le choix s'est porté sur des formats participatifs et visuels. Ces formats ont été identifiés comme plus susceptibles de favoriser l'appropriation des résultats et leur circulation au sein des réseaux communautaires, tout en permettant une adaptation continue des messages (Affret et al., 2020). La planification logistique et temporelle du TC a été intégrée au séjour de terrain afin de limiter les contraintes pour les participants·es et maximiser les opportunités d'échange.

Validation collective des résultats

La seconde étape a pris la forme d'un atelier participatif réunissant des personnes de la DSG ayant participé à la recherche. Il avait pour objectif principal de valider les résultats et d'engager une discussion critique autour des analyses produites par l'équipe de recherche, conformément aux principes du TC intégré (Canadian Institutes of Health Research, 2012).

Après une présentation synthétique des principaux résultats, les participants·es ont été invités·es à réagir, à nuancer certaines interprétations et à partager leurs propres lectures des constats présentés. Cette démarche a permis de confirmer la pertinence de plusieurs analyses, tout en apportant des éclairages supplémentaires sur les liens entre les différents thèmes identifiés. Au-delà de la validation des résultats, cet atelier a constitué un moment

clé de reconnaissance des participants·es comme acteurs·rices incontournables pour l'analyse et la validation des résultats, renforçant ainsi leur engagement dans la suite du processus et favorisant l'appropriation des connaissances (Campbell, 2010).

Co-construction des outils de transfert

Durant l'atelier participatif, un travail de co-construction d'un outil de TC a été amorcé. Les participants·es ont été invités·es à identifier les messages jugés prioritaires à diffuser, les publics à cibler et les stratégies de communication les plus appropriées. Cette étape a donné lieu à des discussions approfondies sur les enjeux de représentation, de langage et de stigmatisation, particulièrement sensibles dans un contexte où la DSG est exposée à des risques sociaux et juridiques importants.

Le choix d'une infographie comme outil principal s'est imposé collectivement, en raison de ses qualités de synthèse, de distribution et de support aux discussions et plaidoyers. Une attention particulière a été portée à la formulation des messages afin d'éviter toute reproduction de stéréotypes et de valoriser expériences, besoins et revendications de la DSG. L'outil final a fait l'objet d'une validation collective avant sa diffusion, renforçant ainsi sa légitimité et son caractère appropriable.

Restitution élargie et mise en dialogue

Une séance de restitution élargie a ensuite été organisée, réunissant des acteurs·rices communautaires, institutionnels et, dans certains cas, des membres des réseaux familiaux. L'invitation des familles était une demande explicite des participants·es qui ont manifesté le désir de faire connaître leurs réalités à leurs proches. Cette activité visait à présenter les résultats de la recherche tout en ouvrant un espace de dialogue et d'échange.

La restitution a été conçue comme un moment de dialogue plutôt qu'une présentation unidirectionnelle, conformément aux modèles interactifs de TC (Graham et al., 2006). Les échanges ont permis de clarifier certains aspects méthodologiques de la recherche, de discuter des implications pratiques des résultats et de réfléchir collectivement aux suites possibles du projet.

Diffusion stratégique et soutien au plaidoyer local

À l'issue des activités, l'infographie (voir annexe 1) a été restituée aux partenaires locaux et sera diffusée dans différents milieux cliniques et communautaires. Les résultats de la recherche seront également mobilisés comme arguments probants dans les plaidoyers auprès d'acteurs institutionnels et bailleurs de fonds.

Le processus de TC s'est ainsi inscrit dans des dynamiques militantes existantes, en fournissant des données empiriques et des récits structurés permettant de légitimer des revendications portées de longue date par la DSG et les organismes communautaires.

Défis, facteurs facilitants et retombées

Le processus de TC présenté dans cet article confirme que le TC constitue un processus situé, dont la mise en œuvre est façonnée par des contraintes contextuelles, politiques et organisationnelles dépassant largement les enjeux techniques de diffusion (Hot et al., 2023; Sudsawad, 2007). Dans ce projet, les défis rencontrés se sont inscrits dans un environnement marqué par la stigmatisation de la DSG, un cadre légal ambigu et des rapports de pouvoir inégalitaires entre institutions, organisations communautaires et personnes directement concernées. Dans un tel contexte, le TC ne pouvait être conçu comme une activité neutre : chaque choix de format, de message ou de public impliquait des considérations de sécurité, de légitimité et de conséquences sociales potentielles pour les participants·es.

Un premier défi majeur concernait la gestion des risques liés à la visibilité. La volonté de produire des outils mobilisables pour le plaidoyer local se heurtait à un paradoxe important : rendre les résultats visibles et utilisables pouvait, dans certains contextes, accroître les risques d'exposition, de stigmatisation ou de représailles. Cette tension a nécessité un arbitrage entre l'ambition de diffuser des constats probants et la nécessité de protéger les personnes concernées. L'équipe a ainsi adopté une posture de prudence méthodologique, en discutant avec les partenaires communautaires des modalités de diffusion acceptables et des niveaux de détails permettant de préserver l'anonymat tout en conservant la portée argumentative des résultats. Cette situation illustre l'importance d'une approche du TC orientée par l'éthique relationnelle, qui considère la diffusion comme une

intervention potentiellement sensible dans un environnement social et politique donné (Hot et al., 2023).

Un second défi a porté sur la transformation des résultats en contenus à la fois rigoureux et appropriables. Comme le souligne la littérature, l'écart entre la complexité des analyses et les formats nécessaires à la circulation des connaissances constitue un obstacle classique du TC (Graham et al., 2006; Sudsawad, 2007). Dans cette démarche, il ne s'agissait pas uniquement de simplifier les résultats, mais de les recontextualiser et de les formuler dans un langage compréhensible et politiquement pertinent, tout en évitant à la fois l'appauvrissement analytique et le recours à des formulations trop techniques, peu mobilisables ou susceptibles d'être réappropriées de manière stigmatisante. Ce travail a été rendu possible grâce au dialogue continu avec les acteurs communautaires, qui ont joué un rôle clé dans l'interprétation et l'ajustement des messages.

Un troisième défi a concerné les asymétries de pouvoir inhérentes aux dynamiques de recherche et de transfert. Comme l'ont montré plusieurs auteurs·rices, la production et la mobilisation des connaissances en santé mondiale peuvent être marquées par un « regard extérieur » qui tend à invisibiliser les priorités et les savoirs locaux (Abimbola, 2019). La co-construction a été mobilisée ici comme un mécanisme de réduction de ces asymétries, en reconnaissant les participants·es et partenaires communautaires comme des coconcepteurs·trices du processus de mobilisation (Canadian Institutes of Health Research, 2012). Cette ambition a toutefois exigé une réflexivité constante, les contraintes de temps, de ressources et de positionnement institutionnel pouvant réintroduire des rapports de pouvoir asymétriques, même dans des démarches participatives (Hot et al., 2023).

Sur le plan organisationnel, le TC a également été confronté à des défis de temporalité et de logistique, liés à la durée du séjour de terrain, à la disponibilité variable des participants·es et à l'instabilité de certains environnements sociopolitiques. Le processus s'est ainsi apparenté à une démarche itérative, reposant sur des ajustements successifs plutôt que sur une séquence linéaire prédéfinie, ce qui rejoint les modèles interactifs du TC (Graham et al., 2006; Sudsawad, 2007).

Malgré ces défis, plusieurs facteurs ont favorisé une mobilisation efficace des résultats. Le premier a été la qualité des relations établies avec les partenaires communautaires. La confiance a constitué un élément central tout au long du processus de TC, permettant d'aborder des enjeux sensibles, d'anticiper les risques et de co-produire des stratégies de diffusion adaptées (Campbell, 2010). Un second facteur facilitant a été l'alignement du TC avec des dynamiques de changement déjà présentes, en répondant à des besoins concrets exprimés par les acteurs·rices locaux, notamment en matière de plaidoyer. Cette logique d'utilité stratégique correspond aux recommandations issues de la littérature sur le TC en santé publique, qui insiste sur l'importance de produire des connaissances intégrées à des trajectoires d'action existantes (Affret et al., 2020; Martin-Fernandez et al., 2021).

Le recours à des formats de transfert adaptés, en particulier une infographie co-construite, a également facilité l'appropriation collective des constats et leur circulation dans différents milieux. Les formats visuels sont reconnus comme des leviers efficaces de mobilisation des connaissances, notamment lorsqu'ils soutiennent le dialogue plutôt que la simple transmission d'informations (Affret et al., 2020).

En termes de retombées, la démarche a favorisé une appropriation accrue des résultats par la DSG, renforçant la légitimité des constats et la reconnaissance des expériences vécues, en cohérence avec les principes de justice cognitive associés aux démarches de co-construction (Tandon et al., 2016). Les partenaires communautaires pourront également mobiliser les résultats comme arguments probants dans des démarches de plaidoyer auprès d'acteurs institutionnels, contribuant à structurer des revendications déjà portées par le milieu (Martin-Fernandez et al., 2021).

Sur le plan scientifique, cette démarche contribue à documenter un champ encore peu exploré, en proposant un exemple empirique de TC coconstruit, contextualisé et orienté vers l'action. Elle renforce l'idée que le TC ne constitue pas une simple étape de diffusion, mais une composante transversale de la recherche, exigeant des compétences relationnelles, analytiques et réflexives souvent peu reconnues dans les cadres académiques traditionnels (Abimbola, 2019; Canadian Institutes of Health Research, 2012; Graham et al., 2006).

Conclusion

En documentant de manière approfondie une démarche de TC co-construite dans un contexte marqué par de fortes inégalités sociales et structurelles, cet article met en évidence le potentiel du TC comme levier de justice cognitive, de transformation sociale et de renforcement du plaidoyer local. Au-delà de la restitution des résultats, la démarche présentée illustre comment le TC peut soutenir l'appropriation locale des savoirs, renforcer les capacités d'action de la DSG et contribuer à la reconnaissance des savoirs situés.

Ces résultats invitent les chercheurs·euses, les institutions et les bailleurs de fonds à repenser le TC non comme une activité périphérique ou optionnelle, mais comme une composante centrale des démarches de recherche en santé, en particulier lorsqu'elles concernent des populations historiquement marginalisées. En ce sens, le TC apparaît comme un espace privilégié de dialogue, de co-apprentissage et de production de connaissances orientées vers l'action, susceptible de contribuer à des systèmes de santé plus équitables et socialement responsables.

Financement : Ce projet a été soutenu financièrement par le ministère de l'Enseignement supérieur du Québec, en partenariat avec le Bureau de coopération interuniversitaire, le Réseau québécois de recherche en interventions infirmières. La dissémination des résultats de cette recherche a été permise par l'axe santé mondiale du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ). DAB bénéficie d'une bourse salariale Junior 1 du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

Conflits d'intérêts : L'équipe de recherche déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs·rices : MDR a effectué le processus de transfert de connaissance et l'idéation de l'article. DAB et MDR ont rédigé le manuscrit, tandis que PLN et LR ont fourni des commentaires critiques sur les différentes versions. Tous les auteurs·rices ont lu et approuvé la version finale.

Références

- Abimbola, S. (2019). The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ global health*, 4(5). <https://doi.org/10.1136/%20bmjgh-2019-002068>
- Affret, A., Prigent, O., Porcherie, M., Aromatario, O., & Cambon, L. (2020). Development of a knowledge translation taxonomy in the field of health prevention: A participative study between researchers, decision-makers and field professionals. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 91. mn. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00602-z>
- Bergeron, D. A., Rey, L., Salazar, F. M., Michaud, A. M. et Laura, F. C. (2022). An ounce of prevention is worth a pound of cure—the arts as a vehicle for knowledge translation and exchange (KTE) in public health during a pandemic: a realist-informed developmental evaluation research protocol. *BMJ open*, 12(9), e058874. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058874>
- Campbell, B. (2010). Applying knowledge to generate action: A community-based knowledge translation framework. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 30(1), 65–71. <https://doi.org/10.1002/chp.20058>
- Canadian Institutes of Health Research. (2012). Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant Approaches. https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf
- de Oliveira, T. B. S., de Sousa Moreira, J. L., Feitosa, P. W. G., Lima, D. G. S. et Dionízio, B. S. (2021). The spread of covid-19 and psychiatric impact on indigenous peoples. *Avanços Em Medicina*, 1(3), 134-137. <https://doi.org/10.52329/AvanMed.37>
- Degrâce-Roy, M., Lukanu, P., Rey, L., & Bergeron, D. (soumis). « Il faut inclure tout le monde »—L’expérience de soins de santé de la diversité sexuelle et de genre d’un milieu urbain d’un pays d’Afrique centrale : Résultats d’une recherche qualitative descriptive. *Revue Africaine Des Sciences Sociales et de La Santé Publique*.
- Folayan, M. O., Stevens-Murphy, E.-J., Nwakamma, I., Lusher, J., & Oloniniyi, I. O. (2022). Whose rights are being violated when receiving HIV and sexual and reproductive health services in Nigeria? *BMC Health Services Research*, 22(1), 1444. MEDLINE with Full Text. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08624-9>

- Folayan, Yakusik A, Enemo A, Sunday A, Muhammad A, Nyako HY, Abdullah RM, Okiwu H, & Lamontagne E. (2023). Socioeconomic inequality, health inequity and well-being of transgender people during the COVID-19 pandemic in Nigeria. *BMC Public Health*, 23(1), 1539. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16482-1>
- Gamariel, F., Isaakidis, P., Tarquino, I. A. P., Beirão, J. C., O'Connell, L., Mulieca, N., Gatoma, H. P., Cumbe, V. F. J. et Venables, E. (2020). Access to health services for men who have sex with men and transgender women in Beira, Mozambique: A qualitative study. *PloS one*, 15(1), e0228307. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299555>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of continuing education in the health professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Hot, A., Dagenais, C. et Bekelynck, A. (2023). La science pour renforcer les plaidoyers des organismes de la société civile. *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 7(2). <https://doi.org/10.18166/tuc.2023.7.2.34>
- Hughes, T. L., Riggle, E. D. B., Moreland, P., White, R., & Gishoma, D. (2023). Trauma, mental health, and health care experiences of lesbian and bisexual women in Rwanda. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 10(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/sgd0000417>
- Human Rights Watch. (2021). #outlawed “The love that dare not speak its name.” http://internap.hrw.org/features/features/lgbt_laws/
- Kavanagh, M. M., Agbla, S. C., Joy, M., Aneja, K., Pillinger, M., Case, A., Erondy, N. A., Erkkola, T. et Graeden, E. (2021). Law, criminalisation and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Global Health*, 6(8), e006315. <https://doi.org/10.1136/%20bmjgh-2021-006315>
- Kim, H.-Y., Grosso, A., Ky-Zerbo, O., Lougue, M., Stahlman, S., Samadoulougou, C., Ouedraogo, G., Kouanda, S., Liestman, B. et Baral, S. (2018). Stigma as a barrier to health care utilization among female sex workers and men who have sex with men in Burkina Faso. *Annals of epidemiology*, 28(1), 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.11.009>

- Lajeunesse-Trempe, F., Piché, M.-È., Kaduka, L., Lopez y Taylor, J. R. et Sagastume, R. C. (2025). Moving from helicopter research to proximity research and capacity building. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 36(3), 193-195. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2024.08.011>
- Lamontagne, E., d'Elbée, M., Ross, M. W., Carroll, A., Plessis, A. du, & Loures, L. (2018). A socioecological measurement of homophobia for all countries and its public health impact. *European Journal of Public Health*, 28(5), 967–972. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky023>
- Martin-Fernandez, J., Aromatario, O., Prigent, O., Porcherie, M., Ridde, V. et Cambon, L. (2021). Evaluation of a knowledge translation strategy to improve policymaking and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: TC-REG, a realist study. *BMJ open*, 11(9), e045936. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045936>
- Mashora, M. C., Dzinamarira, T. et Muvunyi, C. M. (2019). Barriers to the implementation of sexual and reproductive health education programmes in low-income and middle-income countries: A scoping review protocol. *BMJ open*, 9(10), e030814. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030814>
- McDermott, E., Hughes, E., & Rawlings, V. (2018). Norms and normalisation: Understanding lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth, suicidality and help-seeking. *Culture, Health & Sexuality*, 20(2), 156–172. CINAHL with Full Text. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1335435>
- Pearson, J., Shannon, K., McBride, B., Krüsi, A., Machat, S., Braschel, M. et Goldenberg, S. (2022). Sex work community participation in criminalized environments: a community-based cohort study of occupational health impacts in Vancouver, Canada: 2010–2019. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01621-8>
- Sudsawad, P. (2007). *Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures*. Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research.
- Tandon, R., Singh, W., Clover, D. et Hall, B. (2016). Knowledge democracy and excellence in engagement, 47(6), 19-35. <https://doi.org/10.19088/1968-2016.197>

UNAIDS. (2021). *UNAIDS Global AIDS Update—Confronting inequalities—Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf

Viswasam, N., Lyons, C. E., MacAllister, J., Millett, G., Sherwood, J., Rao, A., Baral, S. D., et al. Global. HIV Research Group. (2020). The uptake of population size estimation studies for key populations in guiding HIV responses on the African continent. *PLoS One*, 15(2), e0228634. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228634>

Waisel, D. B. (2013). Vulnerable populations in healthcare. *Current Opinion in Anesthesiology*, 26(2), 186–192. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32835e8c>

ANNEXE 1

INFOGRAPHIE : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS ET PARCOURS DE SOINS

CONCLUSION GÉNÉRALE

Par ce projet de recherche descriptif qualitatif, il a été possible d'améliorer notre compréhension de l'expérience de soins de santé vécue par les personnes issues de la DSG dans un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale. À travers deux objectifs complémentaires – explorer les facteurs influençant cette expérience et décrire les enjeux qui y sont associés – cette recherche a permis de mettre en lumière la complexité des interactions entre les dimensions sociales, culturelles, institutionnelles et individuelles qui façonnent les trajectoires de soins. Ces résultats confirment l'importance d'aborder l'expérience de soins comme un phénomène situé, indissociable des contextes sociopolitiques et organisationnels dans lesquels il s'inscrit (Browne et al., 2016; Thorne, 2025).

Les résultats révèlent que l'expérience de soins et sa qualité sont fortement conditionnées par des facteurs tels que l'attitude et la formation des professionnels·les de santé, ainsi que la disponibilité des ressources. Ces éléments influencent non seulement la perception des services, mais aussi la capacité des personnes à se sentir accueillies et respectées dans leurs identités. Ces constats rejoignent les travaux montrant que la qualité des soins pour les populations marginalisées dépend autant des compétences relationnelles et éthiques des prestataires que des ressources matérielles disponibles (Ford-Gilboe et al., 2018; Varcoe et al., 2022). Par ailleurs, l'analyse de ces éléments a montré que l'inclusion, la confidentialité et la sécurité demeurent des préoccupations centrales pour ces populations, soulignant la nécessité d'une approche ouverte et sensible aux réalités locales. Les articles présentés dans ce mémoire vont en ce sens.

L'examen de la portée réalisé a révélé une lacune significative dans la littérature concernant l'expérience de soins des populations issues de la diversité sexuelle et de genre en Afrique francophone, et ce plus particulièrement en Afrique centrale. Cette analyse a mis en évidence une concentration marquée des recherches en Afrique du Sud, ainsi qu'une présence plus limitée d'études en Afrique de l'Est et de l'Ouest. L'absence quasi totale de données empiriques portant sur l'Afrique centrale contribue à l'invisibilisation des expériences locales et limite le développement d'interventions adaptées aux contextes

socioculturels spécifiques de cette région (Abimbola, 2019; Haelewaters et al., 2021). En ce sens, ce mémoire apporte une contribution originale à un champ de recherche encore peu documenté.

L'article de résultats explore en profondeur les dynamiques des milieux de soins, mettant en évidence les facteurs facilitateurs tels que les centres conviviaux, la gratuité des services, la formation des professionnels et les actions de prévention, tout en soulignant certains obstacles d'ordre financier, éthique ou structurel, notamment en lien avec la stigmatisation et les cadres institutionnels. Les recommandations formulées – incluant le financement durable des initiatives, l'autonomisation des communautés et l'intégration de prestataires issus·es de la diversité sexuelle et de genre – s'inscrivent dans les appels actuels à des interventions de santé plus équitables et structurellement informées (Browne et al., 2016; Masekela et al., 2022).

Le troisième article synthétise le processus de transfert de connaissances mis en œuvre dans le cadre du projet. Ce processus visait à rendre les résultats accessibles aux parties prenantes, tout en les traduisant en recommandations pratiques et en outils mobilisables par les communautés concernées. En cohérence avec les écrits sur le transfert de connaissances comme processus relationnel et situé, ce travail a permis de favoriser l'appropriation des savoirs par les acteurs·rices locaux·ales, renforçant ainsi le potentiel de retombées durables du projet (Graham et al., 2006; Kitson et al., 2017). Ce troisième article constitue ainsi un pont entre la recherche et l'action, contribuant à réduire le fossé souvent observé entre production scientifique et transformation des pratiques.

Les critiques adressées aux modèles d'intervention verticalisés soulignent leur tendance à privilégier des structures de projets prédéfinis, des mécanismes de financement à court terme, un manque d'adaptation aux priorités locales et des relations hiérarchisées (Campbell & Cornish, 2010). Ces éléments limitent la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins complexes des populations, notamment celles issues de la DSG. En effet, les obstacles identifiés par les expériences de soins rappellent l'importance d'une approche qui doit aussi être transversale et inclusive, capable de transcender l'organisation

en silos pour garantir l'accessibilité et la qualité des services. Ces constats renforcent la pertinence de modèles de recherche et d'intervention fondés sur la collaboration, la co-construction et la reconnaissance des savoirs locaux (Gautier et al., 2018; Masekela et al., 2022).

Les participants·es ont exprimé avec force la nécessité d'une interpellation des instances décisionnelles, gouvernementales et subventionnaires. Cette demande, récurrente dans leurs propos, s'impose comme un levier essentiel pour transformer les pratiques et améliorer les conditions de soins destinés aux personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. La mobilisation de ces acteurs·rices stratégiques est largement reconnue dans la littérature comme un facteur clé de réduction des inégalités et de renforcement de l'équité en santé (Varcoe et al., 2022). Une autre réflexion apportée par les participants·es qui résonne avec les constats de recherche est la nécessité de dissocier diversité sexuelle et de genre et VIH. En effet, comme iels ont été plusieurs·es à le signifier, le VIH est loin d'être le seul enjeu de santé qui les afflige. Bien qu'il faille reconnaître la nécessité de l'aborder sous cet angle en raison des priorités des bailleurs de fonds, il faut considérer la complexité et l'interdépendance des enjeux de santé (qu'ils soient de nature mentale, reproductive, chronique ou autre). Le droit à la santé pour tous·tes est étroitement lié aux capacités des systèmes à répondre à toutes les populations, mais également à tous les problèmes de santé.

Dans une perspective de souveraineté décisionnelle (Masekela et al., 2022), il demeure primordial de défendre les intérêts et besoins exprimés par les communautés concernées et de soutenir des changements structurels et durables. Ce mémoire s'inscrit ainsi dans une démarche visant à amplifier ces voix, plutôt qu'à les traduire ou les substituer, en cohérence avec les principes de justice cognitive et de recherche socialement responsable (Abimbola, 2019). Enfin, il apparaît important de réfléchir à l'implication d'une posture militante dans ce type de projet. Bien qu'elle puisse guider et stimuler les chercheurs·euses, elle ne doit pas biaiser leurs interprétations. Dans le présent cas, les discussions et échanges entre l'étudiante et son équipe de direction, avec les partenaires locaux de même que le journal réflexif ont contribué à forger une posture d'humilité. Sans prétendre atteindre la

neutralité absolue, les différentes prises de conscience faites tout au long du processus ont permis d'aborder les données avec objectivité et rigueur méthodologique.

Ce mémoire présente certaines forces notables. Il a d'abord permis de combler un vide important dans la littérature portant sur l'expérience de soins des personnes issues de la DSG en Afrique centrale, une lacune préalablement mise en évidence par l'examen de la portée réalisé en parallèle (Degrâce-Roy et al., accepté). En documentant des expériences de soins situées dans un contexte encore peu étudié, ce projet contribue à enrichir les connaissances empiriques disponibles et à élargir les cadres d'analyse habituellement centrés sur d'autres sous-régions du continent africain. Il s'inscrit également dans une perspective de rééquilibrage des pouvoirs en recherche, en favorisant l'intégration des parties prenantes à plusieurs étapes clés du processus, notamment dans la coconstruction du protocole, l'interprétation des résultats et les activités de transfert de connaissances, en cohérence avec les recommandations formulées en santé mondiale critique (Gautier et al., 2018; Masekela et al., 2022). Finalement, le processus de transfert de connaissances est une force notable permettant la réappropriation des savoirs acquis dans le cadre de cette recherche par les différentes parties prenantes (Graham et al., 2006).

Certaines limites doivent toutefois être reconnues. Comme tout projet de recherche mené dans le cadre d'études de deuxième cycle universitaire, cette étude a été marquée par des contraintes temporelles et financières, lesquelles ont restreint l'ampleur de l'échantillonnage. Dans d'autres circonstances, celui-ci aurait pu être élargi, tant en nombre de participants·es qu'en diversité de profils et de lieux de collecte, afin de saisir une pluralité encore plus large d'expériences. De plus, le contexte sociopolitique sensible dans lequel s'est déroulée la recherche a pu influencer la profondeur de certains récits, notamment en raison de mécanismes de prudence ou de désirabilité sociale fréquemment observés dans les recherches portant sur des populations stigmatisées (Tourangeau & Yan, 2007). Enfin, bien que le devis qualitatif descriptif soit particulièrement approprié pour explorer des phénomènes peu documentés, il ne permet pas de généraliser les résultats à d'autres contextes ou populations (Doyle et al., 2020). Des recherches futures pourraient ainsi approfondir ces

enjeux dans d'autres milieux, notamment en contextes ruraux ou semi-urbains, et s'inscrire dans des collaborations à plus long terme afin de mieux documenter la diversité des expériences de soins et l'impact durable des interventions coconstruites.

Les retombées de ce travail se manifestent à plusieurs niveaux, tant sur les plans, pratique, politique que scientifique. Au niveau de la pratique, il présente une critique à la fois constructive et pragmatique des pratiques en vigueur. Il invite à une remise en question des préjugés et biais inconscients qui peuvent persister malgré la bienveillance. Finalement, il appelle à un renforcement de la formation des prestataires à une échelle plus large couvrant la pratique hors centres conviviaux. Sur le plan politique, les retombées nous apparaissent notables en termes de perspectives réflexives pour les autorités décisionnelles, administratives et financières. Ce travail doit être perçu comme une prise de pouls de la réalité terrain actuelle et une invitation à repenser et améliorer les structures en place. Finalement, pour la recherche, il s'agit d'une contribution à l'enrichissement de la compréhension des expériences de soins dans un contexte africain encore peu documenté. Tout en ouvrant la voie à des recherches ultérieures ayant pour ligne directrice des implications partenariales équitables (Gautier et al., 2018) et financées selon des priorités et agendas enracinés dans des besoins locaux (Charani et al., 2022; Gautier et al., 2018; Haelewaters et al., 2021).

ANNEXE I
GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE DESTINÉ AUX PERSONNES DE LA
DIVERSITÉ SEXUELLE ET DE GENRE

L'expérience de soins de santé pour les populations clés d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale : une étude qualitative descriptive.

GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE (VERSION POPULATIONS CLES)

Interviewer :	
Date :	
Lieu :	
Questionnaire sociodémographique :	Âge : Sexe à la naissance : Genre : Orientation sexuelle : Scolarité : Pratique religieuse :
1) Présentation de l'étudiante-chercheuse et du projet 2) Explication du déroulement (durée d'environ 60 minutes) 3) Revalidation verbale du consentement des participants-es 4) Préciser qu'il n'y a pas d'obligation de répondre à toutes les questions. 5) Commencer l'entrevue et avertir que l'enregistrement audio débute	
1) Comment vous définissez-vous ? - Comment vivez-vous ce statut dans votre quotidien ?	
2) Comment se passe la vie d'une personne faisant partie des populations clés ici?	

3) Comment s'est déroulée votre dernière expérience de soins ? - Quels sont les facilitateurs relatifs à votre expérience ? - Quelles sont les barrières relatives à votre expérience ? - Quels sentiments avez-vous ressentis lors de votre expérience ?
4) Comment le fait d'être une personne faisant partie des populations clés ici influence votre expérience de soins ? - Comment qualifieriez-vous la relation avec les soignants-es lors des soins ? - Comment croyez-vous que vos différentes identités influencent votre relation avec le soignant ?
5) Votre statut de personne faisant partie des populations clés a-t-il été dévoilé lors de votre dernier épisode de soins ? Si oui pourquoi ? Sinon pourquoi ? - Quels sentiments avez-vous vécus face à ce dévoilement/non dévoilement ? - Comment vous seriez-vous senti-e si la situation inverse s'était déroulée ?
6) Comment percevez-vous le rôle des soignant-es auprès des populations clés ? - Comment un-e soignant-e devrait agir auprès des populations clés ? - Quelles sont les approches/pratiques à avoir selon vous dans cette situation ?
7) Comment croyez-vous que les soignants-es perçoivent les populations clés ? - Quels sont les préjugés favorables/défavorables envers les populations clés ? - Quels sont les aspects avec lesquels les soignants-es sont plus à l'aise/moins à l'aise ?
8) Autres commentaires ou questions :
Merci beaucoup de votre participation à cette recherche!

ANNEXE II
GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE DESTINÉ AUX PRESTATAIRES DE
SOINS ET TRAVAILLEURS·EUSES COMMUNAUTAIRES

L'expérience de soins de santé pour les populations clés d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale : une étude qualitative descriptive.

GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE (VERSION SOIGNANTS·ES/TRAVAILLEURS·EUSES)

Interviewer :	
Date :	
Lieu :	
Questionnaire sociodémographique :	Âge : Sexe à la naissance : Genre : Orientation sexuelle : Scolarité : Pratique religieuse :
6) Présentation de l'étudiante-chercheuse et du projet 7) Explication du déroulement (durée d'environ 60 minutes) 8) Revalidation verbale du consentement des participants·es 9) Préciser qu'il n'y a pas d'obligation de répondre à toutes les questions. 10) Commencer l'entrevue et avertir que l'enregistrement audio débute	
9) Comment percevez-vous les populations clés ?	
10) Selon vous, comment se passe la vie d'une personne faisant partie des populations clés ici ?	
11) Selon vous, comment se déroule l'expérience de soins d'une personne faisant partie des populations clés ici ?	

- Quels sont les facilitateurs relatifs à l'expérience ? - Quelles sont les barrières relatives à l'expérience? - Comment croyez-vous que les différentes identités des populations clés influencent la relation avec le soignant ?
12) Une personne faisant partie des populations clés vous a-t-elle déjà dévoilé son statut ? Si oui pourquoi ? Sinon pourquoi ? - Comment cela s'est-il passé ?
13) Comment percevez-vous le rôle des soignant-es auprès des membres des populations clés ? - Comment un-e soignant-e devrait agir auprès des populations clés ? - Quelles sont les approches/pratiques à avoir, selon vous, dans cette situation ?
14) Comment croyez-vous que les soignants-es perçoivent les populations clés ? - Quels sont les préjugés favorables/défavorables envers les populations clés ? - Quels sont les aspects avec lesquels les soignants-es sont plus à l'aise/moins à l'aise ?
15) Autres commentaires ou questions :
Merci beaucoup de votre participation à cette recherche!

ANNEXE III
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT REMIS AUX PARTICIPANTS·ES



Université du Québec
à Rimouski

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET

L'expérience de soins de santé pour les populations clés d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale : une étude qualitative descriptive.

CHERCHEURS·EUSES PRINCIPAUX·ALES

Malika Degrâce-Roy, inf. B.Sc

Étudiante en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski

Dave Bergeron, inf., Ph. D.

Professeur au Département des sciences de la santé

Université du Québec à Rimouski

Lynda Rey, Ph. D.

Professeure à l'École nationale d'administration publique

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS·ES

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de cette recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

1. Objectifs de la recherche

Cette étude a pour but de mieux comprendre l'expérience de soins de santé des populations clés d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale. Pour ce faire, elle visera à :

- (1) Explorer les facteurs d'influence à l'expérience de soins de santé et à
- (2) Décrire les enjeux relatifs à l'expérience de soins de santé pour les populations clés d'un milieu urbain d'un pays d'Afrique centrale.

2. Participation à la recherche

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devrez au cours des douze prochains mois :

- Participer à une entrevue individuelle d'environ 60 minutes
- Participer à des entrevues individuelles supplémentaires (un maximum de 1 entrevue d'une durée maximale de 30 minutes) pour clarifier des discussions qui auraient eu

lieu lors de l'entrevue initiale. Si vous désirez y participer, veuillez l'indiquer dans l'encadré ci-dessous.

Je consens à être recontacté pour des entrevues supplémentaires (cochez cette case) : ☐

3. Participation au processus d'analyse des résultats

Si vous acceptez cette étape de la recherche, vous devrez au cours des douze prochains mois :

- Vous serez contacté afin de prendre connaissance des constats généraux et conclusions des chercheurs·euses.
- Votre avis vous sera demandé afin de corroborer/nuancer/infirmier les constats et compréhensions des chercheurs·euses.

Je consens à être recontacté pour la participation au processus d'analyse des résultats (cochez cette case) : ☐

4. Confidentialité, anonymat ou diffusion des informations

Seuls les renseignements nécessaires seront recueillis et tous les renseignements recueillis seront confidentiels.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité, vous serez identifié par un numéro de code et les données seront décontextualisées.

Seulement les 3 chercheurs·euses, nommés·es ci-dessus auront accès aux données pouvant vous identifier soit le formulaire de consentement et la clé de code.

Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse vous identifier.

Le contenu des entrevues sera enregistré et réservé à l'utilisation exclusive des membres de l'équipe aux fins du présent projet.

Les enregistrements seront conservés le temps de la transcription du contenu. Les autres documents seront conservés pour un maximum de 5 ans. Ils seront ensuite supprimés de façon définitive et sécuritaire. Les dossiers papier seront déchiquetés alors que les fichiers numériques seront effacés.

Lors de la collecte des données, les clés de code et les formulaires de consentement seront conservés séparément dans le bureau fermé à clé dans un classeur fermé à clé dans le bureau de Dave Bergeron à l'Université du Québec à Rimouski au Canada.

Les enregistrements audios et les verbatims seront protégés par un mot de passe et conservés dans un dossier numérique virtuel sécurisé de Malika Degrâce-Roy.

5. Avantages et inconvénients

Vous ne recevrez aucun avantage direct lié à votre participation à cette recherche.

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer l'avancement des connaissances scientifiques et à engendrer des avantages à plus long terme tel que l'amélioration des services de santé pour les populations clés.

La participation au processus d'entrevue pourrait engendrer des sentiments désagréables puisqu'elle nécessitera de se replonger dans certaines situations vécues qui auraient pu être désagréables. Des ressources vous seront offertes à cet effet.

Il est possible également possible, malgré les mesures prises, que des personnes puissent reconnaître que vous ayez participé à cette recherche.

6. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire.

Vous avez le choix de ne pas répondre à une ou plusieurs questions qui vous rendraient inconfortable sans en justifier la raison à la personne qui réalisera l'entrevue.

Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision.

Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel indiqués dans ce document.

Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillies au moment de votre retrait seront détruits.

7. Indemnité

Une compensation financière de 10 000 CDF (5 \$ US) vous sera versée pour les frais de déplacement ainsi que le temps de participation au projet.

8. Autres renseignements

Vous serez informé en temps opportun si de nouveaux renseignements sont susceptibles d'affecter votre volonté à poursuivre votre participation à cette recherche.

Si vous avez des questions concernant cette étude pendant ou après la collecte de données, vous pouvez contacter Malika Degrâce-Roy via WhatsApp ou courriel XXXXXXXX .

9. Remerciements

Nous tenons à vous remercier très sincèrement pour votre précieuse collaboration ainsi que pour le temps et l'attention consacrés à cette recherche.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après une réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je consens également à l'enregistrement des entrevues individuelles. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature :

Date :

Nom :

Prénom :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature
(chercheur·euse) :

Date :

Nom :

Prénom :

DIFFUSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Un résumé des résultats de recherche sera produit et pourra être envoyé aux participants·es qui souhaitent les consulter. Si vous désirez être recontacté, veuillez l'indiquer et laisser vos coordonnées dans l'encadré ci-dessous :

- Je consens à être recontacté afin de recevoir le résumé des résultats de recherche (cochez cette case) : ☐
- Veuillez me contacter par courriel au : _____ ou par WhatsApp au : _____

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis à la personne participante

ANNEXE IV
APPROBATION DU COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAR

ANNEXE V
APPROBATION DU COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE DU PAYS
D'AFRIQUE CENTRALE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abimbola, S. (2019). The foreign gaze: Authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(5). <https://doi.org/10.1136/%20bmjgh-2019-002068>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. Business Source Complete. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>
- Büyüm, A. M., Kenney, C., Koris, A., Mkumba, L., & Raveendran, Y. (2020). Decolonising global health: If not now, when? *BMJ Global Health*, 5(8), e003394. <https://doi.org/10.1136/%20bmjgh-2020-003394>
- Campbell, C., & Cornish, F. (2010). Towards a “fourth generation” of approaches to HIV/AIDS management: Creating contexts for effective community mobilisation. *AIDS Care*, 22(sup2), 1569–1579. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.525812>
- Charani, E., Abimbola, S., Pai, M., Adeyi, O., Mendelson, M., Laxminarayan, R., & Rasheed, M. A. (2022). Funders: The missing link in equitable global health research? *PLOS Global Public Health*, 2(6), e0000583. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000583>

- Chitando, E., & Mateveke, P. (2017). Africanizing the discourse on homosexuality: Challenges and prospects. *Critical African Studies*, 9(1), 124–140. <https://doi.org/10.1080/21681392.2017.1285243>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2025). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (Fifth edition). Sage. WorldCat.
- Degrâce-Roy, M., Rey, L., & Bergeron, D. (accepté). Healthcare experiences of sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa: A scoping review. *Gender and Behaviour*.
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Earle, M., Hoffarth, M. R., Prusaczyk, E., MacInnis, C., & Hodson, G. (2021). A multilevel analysis of LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) rights support across 77 countries: The role of contact and country laws. *The British Journal of Social Psychology*, 60(3), 851–869. (33372304). <https://doi.org/10.1111/bjso.12436>
- Earnshaw, V. A., Logie, C., Wickersham, J. A., & Kamarulzaman, A. (2024). LGBTQ Stigma. In S. J. Hwahng & M. R. Kaufman (Eds.), *Global LGBTQ Health: Research, Policy, Practice, and Pathways* (pp. 15–44). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-36204-0_2
- Edwards, J. E. (2011). Why Global Health Matters. *Nursing for Women's Health*, 15(5), 419–421. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2011.01666.x>

- Epprecht, M. (2018). Two decades of sexuality research in Africa south of the Sahara. *Sexualities*, 21(8), 1276–1281. Academic Search Complete. <https://doi.org/10.1177/1363460718774530>
- Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., Pauly, B., Perrin, N. A., Smye, V., & Wallace, B. (2018). How equity-oriented health care affects health: Key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *The Milbank Quarterly*, 96(4), 635–671. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12349>
- Garland, R., & Batty, M. L. (2021). Moving beyond the rhetoric of social justice in nursing education: Practical guidance for nurse educators committed to anti-racist pedagogical practice. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 3(1), 17–30. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.96>
- Gautier, L., Sieleunou, I., & Kalolo, A. (2018). Deconstructing the notion of “global health research partnerships” across Northern and African contexts. *BMC Medical Ethics*, 19, 13–20. Springer Nature - BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0280-7>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Haelewaters, D., Hofmann, T. A., & Romero-Olivares, A. L. (2021). Ten simple rules for Global North researchers to stop perpetuating helicopter research in the Global South.

PLoS Computational Biology, 17(8), e1009277.

<https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1009277>

Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis.

Qualitative Health Research, 15(9), 1277–1288.

<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Hyder, A. A., Rattani, A., & Pratt, B. (2017). Research capacity strengthening in low-and

middle-income countries: Ethical explorations. *The Journal of Law, Medicine &*

Ethics, 45(1), 129–137. <https://doi.org/10.1177/107311051770310v>

ILGA. (2026). *Criminalisation of consensual same-sex sexual acts* | *ILGA World Database*.

<https://database.ilga.org/criminalisation-consensual-same-sex-sexual-acts>

ILGA, Ramón Mendos, L., Carrano Lelis, R., Savelev, I., & Tan, D. (2020). *State-sponsored*

homophobia global legislation overview update. [https://ilga.org/wp-](https://ilga.org/wp-content/uploads/2023/11/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)

[content/uploads/2023/11/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_glob](https://ilga.org/wp-content/uploads/2023/11/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)

[al_legislation_overview_update_December_2020.pdf](https://ilga.org/wp-content/uploads/2023/11/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)

Kitson, A., Brook, A., Harvey, G., Jordan, Z., Marshall, R., O'Shea, R., & Wilson, D. (2017).

Using complexity and network concepts to inform healthcare knowledge translation.

International Journal of Health Policy and Management, 7(3), 231.

<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.79>

Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo,

N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health.

The Lancet, 373(9679), 1993–1995. <https://doi.org/10.1016/S0140->

[%206736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-206736(09)60332-9)

- Lamontagne, E., d'Elbée, M., Ross, M. W., Carroll, A., Plessis, A. du, & Loures, L. (2018). A socioecological measurement of homophobia for all countries and its public health impact. *European Journal of Public Health*, 28(5), 967–972. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky023>
- Masekela, R., Mortimer, K., Aluoch, J., & Ozoh, O. B. (2022). Building research capacity to correct global health's wrongs. *The Lancet. Global Health*, 10(2), e175–e176. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00491-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00491-5)
- Matagira-Rondón, G. M., Cifuentes, M. C. A., Toupin, I., & Bergeron, D. (2022). Nursing research in Latin America: Priorities and possible solutions to move it forward. *CES Enfermería*, 3(1), 46–54. <https://doi.org/10.21615/cesenferm.6691>
- Maussa-Lopez, J. (2021). Guide d'écriture inclusive: Pour une socialisation et une alphabétisation plus égalitaires des adultes. *Centre de Documentation Sur l'éducation Des Adultes et La Condition Féminine (CDEACF)*, 1–26. https://bv.cdeacf.ca/documents/PDF/CDEACF_GUIDE_redaction-inclusive.pdf
- Mohammed, A. [Tweet]. (2020, June 26). [Online post]. <https://twitter.com/aminajmohammed/status/1276522484217647104>
- Office québécois de la langue française. (2020). *Rédaction épiciène, formulation neutre, rédaction non binaire et écriture inclusive*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/25421/banque-de-depannage-linguistique/la-redaction-et-la-communication/feminisation-et-redaction-epicene/redaction-epicene/redaction-epicene-formulation-neutre-redaction-non-binaire-et-ecriture-inclusive>

- Pinto, A. D., & Upshur, R. E. (2009). Global health ethics for students. *Developing World Bioethics*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1471-8847.2007.00209.x>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4%3C334::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4%3C334::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G)
- Thorne, S. (2025). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. Taylor & Francis.
- Thorne, S., & Sawatzky, R. (2014). Particularizing the general: Sustaining theoretical integrity in the context of an evidence-based practice agenda. *Advances in Nursing Science*, 37(1), 5–18. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000011>
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- UNAIDS. (2021). *UNAIDS Global AIDS Update—Confronting inequalities—Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf
- Varcoe, C., Browne, A. J., Perrin, N., Wilson, E., Bungay, V., Byres, D., Wathen, N., Stones, C., Liao, C., & Price, E. R. (2022). EQUIP emergency: Can interventions to reduce racism, discrimination and stigma in EDs improve outcomes? *BMC Health Services Research*, 22(1), 1113. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08475-4>
- Woods, W. A., Watson, M., Ranaweera, S., Tajuria, G., & Sumathipala, A. (2023). Under-representation of low and middle income countries (LMIC) in the research literature:

Ethical issues arising from a survey of five leading medical journals: Have the trends changed? *Global Public Health*, 18(1), 2229890.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2229890>

Yegros-Yegros, A., Van de Klippe, W., Abad-Garcia, M. F., & Rafols, I. (2020). Exploring why global health needs are unmet by research efforts: The potential influences of geography, industry and publication incentives. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00560-6>

