

## Soins en santé mentale pour les personnes 2SLGBTQI : favoriser une pratique professionnelle plus inclusive

Rapport de recherche



Juillet 2023



# Reconnaissance des terres

Nous souhaitons commencer par souligner qu'Egale est située sur les territoires traditionnels partagés de nombreuses Nations, notamment les Mississaugas de Credit, les Anishnabeg, les Chippewa, les Haudenosaunee et les Wendat. Ce territoire est protégé par Pacte de la ceinture wampum faisant référence au concept du « bol à une seule cuillère », une entente entre les Haudenosaunee, les Anishnabeg et les nations alliées visant à partager et à protéger les ressources entourant les Grands Lacs en harmonie. Les concepts de genre, de sexualité et d'oppression sur lesquels nous nous appuyons souvent dans le cadre de la défense des droits des personnes 2SLGBTQI sont largement fondés sur des systèmes de pensée blancs, occidentaux et coloniaux et ne représentent pas la multitude de visions de l'identité existant au-delà de cette perspective. La violence coloniale a posé les bases des violences fondées sur le genre que nous connaissons aujourd'hui. Les communautés autochtones, ainsi que les activistes, chercheur·euses, écrivain·es et artistes bispirituel·les, ont mis à notre disposition énormément d'outils précieux afin de soutenir la libération collective des personnes de genres et de sexualités minoritaires. Nous sommes reconnaissant·es d'y avoir accès et de les intégrer à notre travail. La violence coloniale continue, mais les mouvements de résistance aussi.

# Remerciements

Egale est l'organisme national 2SLGBTQI au Canada. La mission d'Egale vise à améliorer la qualité de vie des personnes 2SLGBTQI au Canada et à accroître les efforts à l'échelle mondiale face aux préoccupations 2SLGBTQI. Egale y parvient en influençant les politiques publiques, en inspirant un changement culturel et en promouvant les droits de la personne et l'inclusion par la recherche, l'éducation, la sensibilisation et la défense des droits. Notre objectif est de voir un Canada, et à terme un monde, dépourvus d'homophobie, de biphobie, de transphobie ou de toute autre forme d'oppression, dans lequel chacun·e peut atteindre son plein potentiel, libéré·e de la haine et des préjugés.

## Autrice

Kim Seida, Egale Canada

## Collaborateur·rices

Félix Desmeules-Trudel, PhD, Egale Canada

Brittany Jakubiec, PhD, Egale Canada

Christine Mazumdar, PhD, Egale Canada

Nous tenons à remercier tou·tes les participant·es qui ont donné leur temps pour partager leurs expériences et leurs connaissances avec tant de générosité. Nous remercions les membres du comité consultatif communautaire pour leur dévouement à l'égard de ce projet, ainsi que pour leurs idées et leurs commentaires précieux.



Cette étude a été financée par la Slaight Family Foundation.

ISBN: 978-1-7389331-2-9

© Egale Canada 2023

# Table des matières

Soins en santé mentale pour les personnes 2SLGBTQI : favoriser une pratique professionnelle plus inclusive – Contexte du projet .....	5
Difficultés d'accès aux services de santé mentale .....	5
Principes directeurs du projet. ....	7
Déterminants sociaux de la santé mentale .....	7
La théorie du stress minoritaire. ....	9
Intersectionnalité et approches tenant compte des traumatismes .....	9
Méthodologie. ....	11
Méthodes et collecte de données .....	12
Enquête nationale .....	12
Groupes de discussion virtuels .....	15
Webinaires destinés aux fournisseur-euses de soins de santé mentale et de services sociaux sur l'inclusion des personnes 2SLGBTQI .....	17
Consultation communautaire .....	18
Résultats .....	19
Résultats des enquêtes pré- et post-webinaires destinés aux fournisseur-euses de soins de santé mentale et de services sociaux sur l'inclusion des personnes 2SLGBTQI. ....	19
Résultats de l'enquête nationale et des groupes de discussion .....	22
L'accès aux soins de santé mentale .....	22
L'accès aux soins médicaux .....	25
Soutien social .....	27
Emploi .....	33
Les revenus. ....	34
Sécurité alimentaire .....	36
Logement .....	40
Espoir, optimisme, adaptation et résilience .....	42
Expériences des fournisseur-euses de services .....	49
Recommandations .....	53
Conclusion .....	57
Références .....	59



# Soins en santé mentale pour les personnes 2SLGBTQI : favoriser une pratique professionnelle plus inclusive - Contexte du projet

En août 2021, Egale Canada a entrepris un projet pluriannuel intitulé *Adapter le soutien en santé mentale au Canada pour les personnes queer* (QMH, *Queering Mental Health*). Dans la phase de recherche du projet, nous avons cherché à mieux comprendre l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les besoins en santé mentale des personnes 2SLGBTQI au Canada, ainsi que sur les besoins des fournisseur·euses de soins de santé mentale qui travaillent avec les personnes 2SLGBTQI. Ce rapport de recherche résume les résultats d'une étude nationale et d'une consultation publique.

Pour en savoir plus sur le projet QMH et ses différentes phases, visitez notre site Web : [egale.ca/ssm](http://egale.ca/ssm).

## Difficultés d'accès aux services de santé mentale

Une solide base de données probantes a confirmé la présence d'inégalités et d'injustices en matière de santé physique et mentale chez les personnes 2SLGBTQI au Canada (Bettergarcia et al., 2021; Sherman et al., 2020). Malgré la sensibilisation croissante de la société et l'acceptation des personnes 2SLGBTQI, y compris parmi les professionnel·les de la santé et les administrateur·trices (Tam et al., 2022), des obstacles aux soins de santé mentale persistent, ainsi que des réactions hostiles qui menacent certains acquis, notamment une augmentation de la haine anti-trans (Curlew, 2019) et des expériences de violence fondée sur le genre parmi les personnes de genres divers au Canada (Femmes et Égalité des genres Canada, 2022). Par rapport aux personnes hétérosexuelles et cisgenres, les personnes 2SLGBTQI



font plus souvent appel aux services de santé mentale, sont moins satisfaites à l'égard de ces services et voient davantage leurs besoins en matière de santé mentale non satisfaits (Platt et al., 2018 ; Steele et al., 2017). L'exclusion, la discrimination et le manque de soins culturellement adaptés et affirmés dans ces systèmes empêchent les personnes 2SLGBTQI d'accéder aux services dont elles ont besoin pour gérer et améliorer leur santé mentale et leur bien-être (Romanelli & Hudson, 2017). Dans le paysage sociopolitique changeant de plus en plus entaché par le discours et les actions anti-2SLGBTQI, la lutte contre ces obstacles à la santé mentale devient un sujet de plus en plus pressant.

De plus, la pandémie de COVID-19 a un impact disproportionné sur les personnes 2SLGBTQI, qui sont déjà confrontées à des inégalités sociales, économiques et sanitaires (Egale Canada & Innovative Research Group, 2020 ; Jenkins et al., 2021). La pandémie a affecté de nombreux facteurs qui influencent la santé physique et mentale, notamment l'accès aux soins de santé, l'emploi, les revenus, la sécurité alimentaire, le logement, l'éducation et les soutiens sociaux (ou déterminants sociaux de la santé) (Rollston & Galea, 2020). Ces impacts souvent négatifs ont intensifié les taux de troubles et d'inquiétudes en matière de santé mentale chez les personnes 2SLGBTQI. Par exemple, les mesures de santé publique obligatoires, telles que l'éloignement physique et l'isolement, ont exacerbé les sentiments d'anxiété, de stress, de solitude et d'autres problèmes de santé mentale chez de nombreuses personnes 2SLGBTQI (Phillips et al., 2020). Les craintes de contracter le virus génèrent des problèmes de santé mentale ou contribuent à des problèmes existants (Egale Canada et al., 2020). La pandémie a également accentué de nombreux obstacles auxquels les personnes 2SLGBTQI sont confrontées lorsqu'elles tentent d'accéder à des soins de santé mentale au Canada, comme le manque de fournisseur·euses disponibles et compétent·es (Gonzales et al., 2020).

# Principes directeurs du projet

## Déterminants sociaux de la santé mentale

L'un des principes directeurs<sup>1</sup> du projet Adapter le soutien en santé mentale au Canada pour les personnes queer est celui des déterminants sociaux de la santé (DSS). Le principe des DSS nous permet de comprendre comment les circonstances d'une personne influent sur sa santé physique et mentale, et comment ces circonstances génèrent des inégalités. Cette approche nous permet d'étudier les causes profondes des problèmes de santé mentale et la façon dont les déterminants sociaux interagissent pour façonner la santé mentale (Alegria et al., 2018). Il est nécessaire de comprendre les causes des disparités en matière de santé mentale dans les contextes économiques, sociaux et politiques pour promouvoir l'équité en matière de santé pour les personnes 2SLGBTQI. La formation en santé mentale doit adopter des approches globales impliquant des changements structurels dans la prestation des soins de santé mentale, des changements significatifs et durables dans les cultures organisationnelles et de services, et des changements dans la dynamique interpersonnelle entre les demandeur·euses de services et les fournisseur·euses.

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les personnes « naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » et sont façonnés par la distribution à plusieurs niveaux de l'argent, du pouvoir et des ressources (OMS, 2014). Compte tenu de la répartition inégale de l'argent, du pouvoir et des ressources, ces circonstances sociétales génèrent des risques de mauvaise santé mentale et de mal-être chez différents groupes. Les déterminants sociaux de la santé mentale (DSSM) sont en grande partie les mêmes que les déterminants sociaux de la santé physique et peuvent être abordés à l'aide de politiques et de programmes (Compton & Shim, 2015). Les déterminants sociaux de la santé mentale incluent :

---

<sup>1</sup> Un cadre théorique examine pourquoi le sujet d'une étude ou d'un projet donné est important et pourquoi les méthodes proposées par les chercheur·euses pour l'examiner sont à la fois appropriées et approfondies (Ravitch & Riggan, 2017).



les expériences de la petite enfance;



l'accès au logement;



l'accès à la nourriture;



l'emploi;



la « culture » du milieu de travail;



les normes sociales;



les revenus;

les ressources au niveau local ou communautaire;



l'éducation;



les soins de santé<sup>2</sup>;



le degré de connexion avec la communauté;



l'accès aux programmes sociaux;



l'accès aux transports;



l'exposition à la violence, aux conflits et à la guerre;



les relations avec les forces de l'ordre et d'autres institutions;



et les facteurs environnementaux (comme la pollution et le changement climatique) (Compton & Shim, 2015).

2 y compris les politiques de santé publique déterminant l'accès aux soins de santé et leur qualité, ainsi que l'accès à des fournisseur-euses de soins de santé qui pratiquent avec compétence et respect des droits de la personne.

## La théorie du stress minoritaire

Les théories sur le stress minoritaire sont essentielles pour comprendre les disparités en matière de santé physique et mentale dont souffrent les personnes 2SLGBTQI. Ces théories ont été utilisées pour expliquer le stress causé par les conflits entre les groupes dominants d'une culture ou d'une société donnée et divers groupes minorisés (groupes racialisés, personnes vivant avec un handicap, etc.) (Williams et al., 2003), mais elles sont le plus souvent utilisées pour comprendre les disparités de santé chez les personnes 2SLGBTQI (Meyer, 2003). La théorie du stress minoritaire chez les personnes 2SLGBTQI propose que les disparités en matière de santé mentale des personnes 2SLGBTQI sont le résultat de la tension psychologique et émotionnelle liée à la discrimination, aux préjugés et à la victimisation liés à l'identité sexuelle ou de genre, au comportement sexuel ou à l'expression de genre (Brooks, 1981; Meyer, 2003). Cette théorie désigne les conditions, les structures et les forces sociales qui génèrent des facteurs de stress spécifiques aux personnes 2SLGBTQI (par exemple, la stigmatisation internalisée) et les facteurs individuels et collectifs qui aident les individus à faire face à ces facteurs de stress (par exemple, le soutien social) (Hoy-Ellis, 2023).

## Intersectionnalité et approches tenant compte des traumatismes

L'intersectionnalité est un cadre théorique qui suggère que les identités sociales des personnes ne peuvent être séparées ou simplement additionnées; au contraire, elles interagissent pour produire des expériences vécues uniques en raison de l'imbrication des systèmes de privilèges et de discrimination (Walubita et al., 2022). Le terme intersectionnalité a été inventé par Kimberlé Crenshaw, juriste américaine, militante féministe et défenseuse de la théorie critique de la race. Elle utilise ce terme comme une métaphore de la façon dont la discrimination intersectionnelle fonctionne dans la vie réelle :

Prenons l'analogie de la circulation dans un carrefour, qui va et vient dans quatre directions. La discrimination, comme le trafic dans un carrefour, peut circuler dans une direction ou dans une autre. Si un accident se produit dans un carrefour, il peut être causé par des voitures circulant dans n'importe quelle direction et, parfois, dans toutes les directions. (Crenshaw, 1991, p. 63)



Une approche intersectionnelle des services de santé tient compte de la manière dont les identités des personnes créent des barrières sociales, politiques et économiques complexes et imbriquées (mais aussi des opportunités) en fonction des identités qu'elles détiennent et des groupes sociaux auxquels elles appartiennent.

Les approches des services tenant compte des traumatismes reconnaissent que « le traumatisme n'est pas un trouble, mais une réaction à une sorte de blessure » (Burstow, 2013, cité dans Wilson, 2013). Les approches tenant compte des traumatismes reconnaissent également la manière dont les traumatismes influencent les interactions avec les fournisseur·euses de services et s'efforcent de créer une expérience plus sécuritaire pour les personnes à la recherche de soutien et de services. Les approches tenant compte des traumatismes impliquent le fait de respecter les répercussions continues des traumatismes sur la santé physique, mentale et émotionnelle des personnes. Ces approches sont également fondées sur les points forts, c'est-à-dire qu'elles reconnaissent et célèbrent la force et la résilience des personnes malgré les traumatismes subis, contrairement aux approches fondées sur les déficits qui rejettent ou définissent trop souvent les personnes en fonction de leurs traumatismes. Les soins tenant compte des traumatismes pour les personnes 2SLGBTQI découlent de principes de sécurité, d'autonomisation, de soutien par les pair·es, de fiabilité, de transparence et de collaboration (Levenson et al., 2023).

Enfin, il est important de noter que les soins de santé mentale, en particulier la psychiatrie, ont un passé sordide et un héritage persistant de pathologisation des populations 2SLGBTQI comme étant « malades mentales », mais aussi de traitements dangereux tels que la « thérapie de conversion » en milieu institutionnel (Kunzel, 2017 ; Pilling, 2022). Par conséquent, la mise à disposition de dispositifs de soutien à la santé mentale culturellement compétents et positifs, ancrés dans des cadres intersectionnels et tenant compte des traumatismes, peut améliorer la santé mentale en fournissant des mécanismes d'adaptation efficaces, des ressources et des communautés de soutien (Pilling et al., 2017).

# Méthodologie

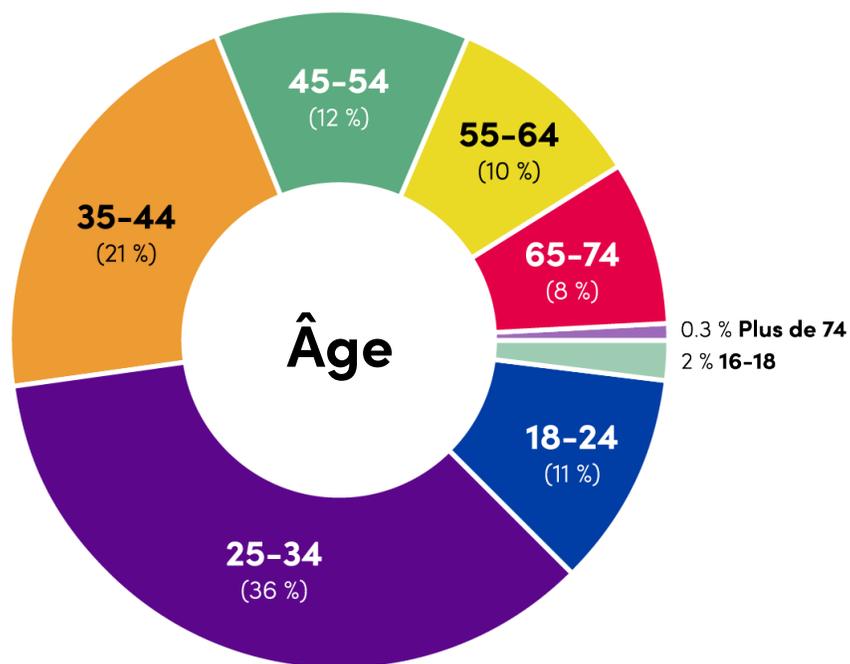
Ce projet a fait appel à de multiples méthodes de recherche, notamment (1) une enquête nationale mixte contenant à la fois des questions quantitatives et des questions ouvertes, et (2) des groupes de discussion et des entrevues semi-structurées qualitatives. Toutes les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel R. Les analyses comprenaient des statistiques descriptives, des statistiques inférentielles (par exemple : des tests t) et des graphiques créés avec le logiciel ggplot2. Pour certains éléments, nous avons généré des scores numériques à partir d'échelles de Likert, dont la moyenne pouvait être calculée pour l'ensemble des éléments thématiques (par exemple : l'espoir et la résilience). Les données qualitatives ont été soumises à une analyse thématique dans le logiciel NVivo. L'analyse thématique consiste à attribuer des codes aux textes transcrits, puis à regrouper les codes en thèmes ou modèles qui apparaissent dans tous les groupes de discussion transcrits, les textes et les réponses ouvertes à l'enquête (voir Braun & Clarke, 2014). Enfin, dans le cadre de ce projet en plusieurs phases, nous avons également analysé deux autres sources de données : (4) les réponses des participant-es aux webinaires d'Égale destinés aux fournisseur-euses de soins de santé mentale et de services sociaux sur l'inclusion des personnes 2SLGBTQIs, offerts en 2021 et 2022 à plus de 1200 fournisseur-euses de services, et (5) les données recueillies lors d'un événement de consultation communautaire national en 2023. Les questions primordiales de la recherche étaient les suivantes :

- 1. Comment la pandémie de COVID-19 a-t-elle affecté les déterminants sociaux de la santé mentale au sein des communautés 2SLGBTQI au Canada ?**
- 2. Quels sont les défis et les lacunes que rencontrent les professionnel·les de la santé mentale et les fournisseur-euses de services sociaux dans la prestation de soins inclusifs aux personnes 2SLGBTQI au Canada pendant la pandémie de COVID-19 ?**

# Méthodes et collecte de données

## Enquête nationale

En mai 2022, nous avons lancé une enquête nationale pour évaluer les effets de la pandémie de COVID-19 sur les déterminants sociaux de la santé des personnes 2SLGBTQI au Canada. L'enquête s'est poursuivie jusqu'en juillet 2022 et comprenait des questions sur les caractéristiques démographiques, la santé mentale générale, les effets de la pandémie sur des déterminants sociaux spécifiques de la santé mentale, y compris l'accès aux services de santé mentale et à d'autres formes de soutien (par exemple : le soutien par les pair·es), les expériences et les préoccupations en matière de discrimination et d'exclusion, l'adaptation et la résilience, ainsi que des recommandations sur la façon d'améliorer les services de santé mentale. Nous avons retenu les réponses de 304 participant·es à l'enquête pour l'analyse, en fonction de nos critères d'éligibilité : les participant·es devaient être âgé·es de plus de 16 ans, s'identifier comme 2SLGBTQI, vivre au Canada, avoir accès à Internet ou à un téléphone intelligent, et être capables de donner leur consentement. Sur ces 304 participant·es, 214 étaient des demandeur·euses de services et 90 des fournisseur·euses de services s'identifiant comme 2SLGBTQI (dont 1 fournisseur·euse de services allié·e s'identifiant comme cisgenre et hétérosexuel·le). L'enquête en anglais a suscité 274 réponses éligibles et l'enquête en français a suscité 30 réponses éligibles. Les données démographiques des participant·es à l'enquête sont les suivantes :

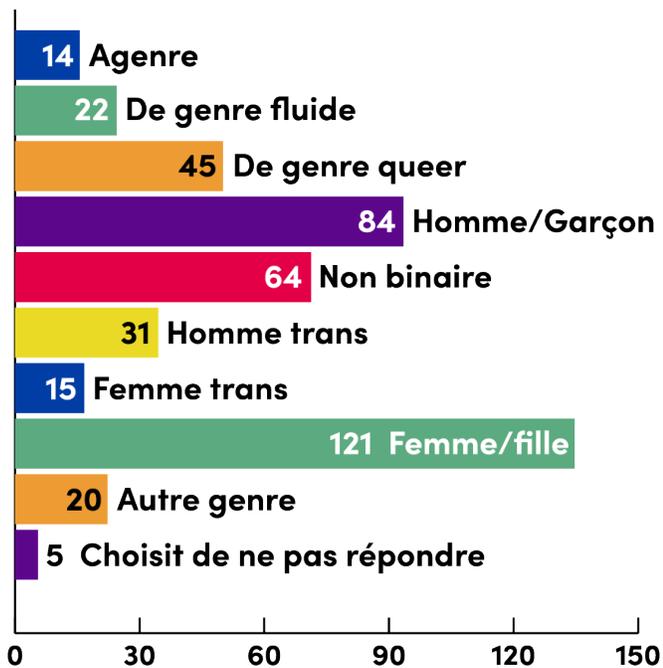


- **36 %** des participants étaient âgés de **25 à 34 ans**, 21 % de 35 à 44 ans et 12 % de 45 à 54 ans.



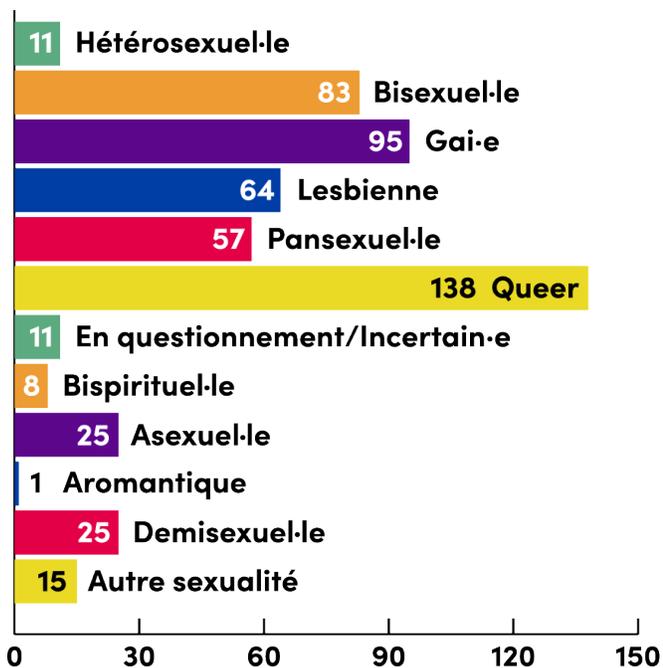
- **44 %** ont déclaré **vivre avec un handicap** (physique, intellectuel, d'apprentissage, visuel, auditif, psychiatrique ou neurologique).

## Identité de genre



- **39 %** ont indiqué leur identité de genre comme **femme/fille**; 27 % comme homme/garçon; 20 % comme non binaire; 14 % comme genderqueer; et <10 % ont indiqué d'autres identités de genre.

## Attrance



- **44 %** des participant·es se sont identifié·es comme **queers**; 28 % comme gais; 27 % comme bisexuel·es; 20 % comme lesbiennes; 18 % comme pansexuel·es; et <10 % se sont identifié·es comme ayant d'autres orientations sexuelles (par exemple : demisexuel·les, bispirituel·les ou en questionnement)<sup>3</sup>.

3 Veuillez noter que le total de ces pourcentages est supérieur à 100 %, car les personnes pouvaient choisir plus d'une réponse.

- **91 %** des personnes se sont identifiées comme **blanches**; 6,2 % comme autochtones; 4,3 % comme noires; 3,6 % comme originaires d'Asie de l'Est; 3,3 % comme originaires d'Asie du Sud; et 4,6 % se sont identifiées comme ayant une autre identité ethno-raciale<sup>4</sup>.
- **52 %** des participant·es venaient **de l'Ontario**; 16 % du Québec; 13 % de la Colombie-Britannique; et < 10 % des autres provinces et territoires.
- **60 % travaillaient à temps plein**; 15 % à temps partiel; et <10 % avaient une autre situation professionnelle.
- **60 % gagnaient 60 000 \$ ou moins**; 36 % avaient un revenu personnel de 60 000 \$ ou plus.

## Groupes de discussion virtuels

De mai 2022 à août 2022, nous avons organisé des groupes de discussion virtuels (six en anglais, deux en français) avec 61 personnes. Sur ces 61 personnes, 42 étaient des demandeur·euses de services 2SLGBTQI, 16 étaient des fournisseur·euses de services 2SLGBTQI et 3 étaient des fournisseur·euses de services allié·es cisgenres-hétérosexuel·es.

Les groupes de discussion avec les demandeur·euses de services 2SLGBTQI ont abordé les façons dont la pandémie a eu un impact sur la santé, le bien-être et les stratégies d'adaptation, les services qui aideraient à gérer le stress et les autres impacts de la pandémie, et à obtenir des recommandations sur ce qui peut être fait pour améliorer les soins de santé mentale. Les groupes de discussion avec les fournisseur·euses de services ont exploré les défis auxquels ceux-ci et celles-ci sont confronté·es dans la prestation de soins inclusifs, l'impact de la pandémie sur leur prestation de services, ainsi que leurs recommandations concernant les pratiques prometteuses et la formation.

Dans notre échantillon, cinq participant·es venaient de régions rurales et/ou éloignées, et quatre de régions nordiques. Le reste de notre échantillon ( $n = 52$ ) vivaient en contexte urbain. Près de 28 % ( $n = 17$ ) des participant·es aux

---

<sup>4</sup> Veuillez noter que le total de ces pourcentages est supérieur à 100 %, car les personnes pouvaient choisir plus d'une réponse.

groupes de discussion se sont identifié-es comme des personnes de couleur. Les participant-es résidaient dans les provinces et territoires suivants :

- Ontario ( $n = 31$ )
- Québec ( $n = 8$ )
- Manitoba ( $n = 4$ )
- Yukon ( $n = 4$ )
- British Columbia ( $n = 5$ )
- Alberta ( $n = 3$ )
- New Brunswick ( $n = 3$ )
- Newfoundland ( $n = 2$ )
- PEI ( $n = 1$ )



## Webinaires destinés aux fournisseur·euses de soins de santé mentale et de services sociaux sur l'inclusion des personnes 2SLGBTQI

Pour la phase 1 de ce projet, Egale a offert une formation sur les compétences culturelles aux fournisseur·euses de services qui voulaient aider les personnes 2SLGBTQI à faire face à la pandémie et à s'épanouir malgré les facteurs de stress auxquels elles peuvent faire face. Egale a offert 24 webinaires de 90 minutes destinés aux fournisseur·euses de soins de santé mentale et de services sociaux sur l'inclusion des personnes 2SLGBTQI, d'août 2021 à août 2022, à plus de 1200 fournisseur·euses de services. Ces webinaires ont aidé les fournisseur·euses de services à renforcer leurs compétences pour être de meilleur·es allié·es et leur capacité à adopter des pratiques culturellement compétentes grâce à des présentations, des scénarios à la première personne et des exercices interactifs. Le webinaire présentait un aperçu détaillé de l'acronyme 2SLGBTQI, les distinctions entre l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'expression de genre et le sexe, ainsi que les préjugés structurels et culturels qui existent dans le secteur de la santé mentale au Canada et leur incidence négative sur les personnes 2SLGBTQI. Les participant·es au webinaire provenaient d'un large éventail de secteurs de la santé et des services sociaux, notamment la psychologie, le counselling, le travail social, les soins palliatifs ou de longue durée, l'éducation et les services sociaux relatifs au logement et à l'emploi. Près de 20 % des participant·es au webinaire étaient des travailleur·euses sociaux·ales, 6 % étaient des conseiller·ères, 6 % étaient des psychothérapeutes et 6 % étaient des travailleur·euses communautaires. Les participant·es au webinaire représentaient un large éventail de professions et d'emplois, notamment des infirmier·ères, des coordinateur·rices de projets et de programmes, des pair·es aidant·es, des médecins et des travailleur·euses de refuges. Les participant·es au webinaire ont répondu à des enquêtes avant et après le webinaire portant sur leurs connaissances préalables, leurs apprentissages et les lacunes qui subsistent dans leurs connaissances. Le projet de recherche s'est appuyé sur les résultats des enquêtes préalables et postérieures.

## Consultation communautaire

En janvier 2023, Egale a organisé une consultation communautaire virtuelle intitulée « Changer les cœurs et les esprits : Intégrer les expériences vécues dans les approches de santé mentale et de services sociaux destinés aux personnes 2SLGBTQI. » Cet événement en ligne a réuni 34 personnes de partout au Canada, et nous avons partagé les principales conclusions préliminaires de la phase 1 (webinaires destinés aux fournisseur·euses de soins de santé mentale et de services sociaux sur l'inclusion des personnes 2SLGBTQI) et de la phase 2 (enquête nationale, groupes de discussion). Lors de cet événement, nous avons recueilli des informations sur les perspectives et les expériences vécues par les membres de la communauté 2SLGBTQI, les fournisseur·euses de services 2SLGBTQI et les fournisseur·euses de services alié·es travaillant dans les secteurs de la santé mentale et des services sociaux. L'événement s'est déroulé dans plusieurs salles de discussion, où les participant·es ont pu parler des stratégies de mise en œuvre de pratiques culturellement sensibles, des réalités distinctes et intersectionnelles de la recherche et de l'accès aux soins de santé mentale (par exemple : dans les centres non urbains), de l'élaboration d'une formation tenant compte des traumatismes, des stratégies permettant aux fournisseur·euses de services d'établir des liens significatifs avec les demandeur·euses de services exclu·es et de les servir, des stratégies visant à assurer l'intégration de l'apprentissage et des changements à long terme dans la prestation de services, et des idées concernant les partenariats entre les personnes et les organisations afin de mieux soutenir les demandeur·euses de services et les fournisseur·euses de services 2SLGBTQI. Les données recueillies lors de cette consultation ont permis d'étayer l'ensemble du projet.

# Résultats

Dans cette section, nous mettons en évidence les principaux résultats des phases 1 et 2 du projet. Les sources de données étant multiples, nous avons utilisé le système de référence suivant : les personnes qui ont répondu à l'enquête sont identifiées par « RE » pour répondant·e à l'enquête ; celles qui ont participé aux groupes de discussion sont identifiées par « PGD » pour participant·e au groupe de discussion ; et les personnes qui ont participé à nos activités de recherche en tant que fournisseur·euses de services sont identifiées par « FS » pour fournisseur·euses de services. Veuillez noter que dans ce rapport, les répondant·es à l'enquête sont identifiées par leur(s) orientation(s) sexuelle(s), leur(s) identité(s) de genre et leur lieu de résidence ; les participant·es aux groupes de discussion ne sont identifiées que par un pseudonyme afin de préserver la confidentialité ; et les fournisseur·euses de services sont identifiées par leur pseudonyme ainsi que par leur identité et leur région d'exercice, s'ils ont consenti à partager ces informations.

## Résultats des enquêtes pré- et post-webinaires destinés aux fournisseur·euses de soins de santé mentale et de services sociaux sur l'inclusion des personnes 2SLGBTQI

Avant de participer aux webinaires, les participant·es ont été interrogé·es sur leur profession et leur cadre de travail, sur ce qu'ils considéraient comme des bonnes mesures d'inclusion des personnes 2SLGBTQI dans leur secteur et dans leur propre travail/pratique, ainsi que sur leurs préoccupations concernant l'inclusion des personnes 2SLGBTQI (ou le manque d'inclusion) dans leur secteur et dans leur propre travail/pratique.

Les points forts mentionnés le plus souvent concernant les pratiques et secteurs respectifs des participant·es étaient la formation et les possibilités d'éducation. Comme l'a souligné un·e intervenant·e travaillant dans une organisation communautaire de santé mentale :



De plus en plus d'occasions existent de participer à des ateliers et des conférences pour en apprendre davantage sur la communauté 2SLGBTQI et les défis auxquels elle est confrontée. Plus nous favoriserons la connaissance, la compréhension et l'information, plus nous serons à même de servir cette communauté et d'autres encore.



Bien que peu cités, certain-es répondant-es ont mentionné des efforts spécifiques pour créer des espaces plus accueillants pour les personnes 2SLGBTQI :

- Repenser les salles de bain et autres espaces pour en faire des lieux non genrés.
- Éviter de faire des suppositions.
- Utiliser un langage épïcène et des pronoms corrects.
- Modifier les processus d'admission.
- Ajouter des marqueurs visuels tels que des badges à pronoms, des autocollants et des drapeaux sur les lieux de travail.
- Créer des espaces favorisant des conversations inclusives.
- Créer des programmes ou des services spécifiques aux personnes 2SLGBTQI.
- Réviser les processus d'embauche pour augmenter la représentation des personnes 2SLGBTQI au sein du personnel.
- Repérer les préjugés et y remédier par la réflexion critique et l'auto-éducation.

Cependant, de nombreux·euses participant·es au webinaire ont précisé que l'inclusion des personnes 2SLGBTQI dans leurs lieux de travail et leurs pratiques était un « travail en cours » et qu'il « reste du travail à faire ». Même si « faire de son mieux » est un bon début, ce n'est pas suffisant pour fournir des soins

respectueux de l'identité des personnes 2SLGBTQI, comme l'a expliqué un·e thérapeute travaillant dans une association à but non lucratif :



Je pense que la confiance nécessaire pour travailler avec des personnes qui s'identifient comme 2SLGBTQIA peut parfois être un défi pour les professionnel·les aidant·es qui s'identifient comme hétérocisgenres. J'ai souvent l'impression que les professionnel·les aidant·es « font de leur mieux », ce qui n'est pas toujours suffisant et cela ne se traduit pas nécessairement par de bons soins. Le fait de proposer davantage de conversations et de formations au sein de la communauté 2SLGBTQIA peut contribuer, à petite échelle, à développer non seulement la compétence, mais aussi la sécurité globale des personnes recevant des services.



Les problèmes les plus fréquemment identifiés dans les domaines ou les pratiques des répondant·es sont les lacunes en matière de connaissances, de compétences et de formation. Par exemple, un·e conseiller·ère en santé mentale travaillant dans un établissement de soins primaires a déclaré :



Les problèmes au sein de la communauté évoluent constamment et [je ne suis] pas certain·e que la formation et l'éducation suivent. Et il y a peu de formations sur la manière d'aborder la discrimination réelle.



Les lacunes en matière de connaissances et de compétences sont intimement liées aux lacunes en matière de formation et d'éducation, ce qui entraîne la confusion et le malaise des fournisseur·euses (par exemple : la peur de « dire quelque chose de déplacé »). Cette situation place souvent les demandeur·euses de services 2SLGBTQI dans la position pénible de devoir apprendre à leurs fournisseur·euses quels sont leurs besoins.

## Résultats de l'enquête nationale et des groupes de discussion

### L'accès aux soins de santé mentale

L'accès aux soins de santé mentale est de loin le déterminant social de la santé mentale le plus touché par la pandémie. De nombreux·euses participant·es à l'étude ont exprimé avoir besoin de soins de santé mentale plus abordables et accessibles, d'une couverture d'assurance plus complète pour la psychothérapie, les médicaments et d'autres services, ou le souhait d'un plus grand nombre de fournisseur·euses offrant des services gratuits ou à tarif dégressif. Comme l'a écrit un·e participant·e gai·e genderqueer vivant dans la zone urbaine de l'Ontario (RE) : « Je crois que la thérapie individuelle/ la thérapie par la parole est l'un des meilleurs services pour répondre au stress et au traumatisme de la pandémie. Elle devrait être proposée gratuitement aux personnes 2SLGBTQI. » De plus, 61,5 % des répondant·es à l'enquête ont indiqué que l'incapacité de payer était une des raisons pour lesquelles iels tardaient à avoir recours aux soins de santé mentale. Les participant·es aux groupes de discussion ont également cité diverses raisons pour retarder les soins de santé mentale, notamment le coût, la pénurie de fournisseur·euses compétent·es et la crainte d'imposer un fardeau aux fournisseur·euses qui travaillent dans un système de soins de santé mentale surchargé, comme l'a fait remarquer Heather (PGD) : « S'il ne s'agit pas d'une urgence, je ne veux pas encombrer le système ».

Les résultats de l'enquête nationale ont révélé que depuis le début de la pandémie au début de l'année 2020, près de 66 % ( $n = 200$ ) des répondant·es avaient consulté un·e professionnel·le de la santé mentale (psychologue, psychiatre, infirmier·ère psychiatrique, conseiller·ère agréé·e, conseiller·ère scolaire, thérapeute ou travailleur·euse social·e), en présentiel, au téléphone ou d'une autre manière, pour lui faire part de leurs émotions ou de l'état de leur santé mentale. Toutefois, 50,6 % ( $n = 153$ ) des répondant·es à l'enquête ont indiqué qu'iels n'avaient pas reçu le soutien en santé mentale dont iels avaient besoin depuis le début de la pandémie, tandis que seulement 28,2 % ( $n = 86$ ) ont indiqué qu'iels avaient reçu le soutien en santé mentale nécessaire, même en cas de besoins criants. Parmi les personnes interrogées, 82 % ( $n = 249$ ) se

sont senties nerveuses, anxieuses ou à bout de nerfs et 71 % ( $n = 216$ ) se sont senties abattues, déprimées ou désespérées au moins plusieurs jours au cours des deux semaines précédentes.

Il est important de noter que pour les fournisseur·euses de services qui s'identifient comme 2SLGBTQI, les soins de santé mentale sont inaccessibles voire nuisibles, et ces personnes déclarent se sentir isolé·es et souhaitent être mis·es en relation avec d'autres fournisseur·euses de services 2SLGBTQI. Ces fournisseur·euses ont également évoqué le fait qu'iels se démènent lorsqu'iels voient des client·es ou des patient·es 2SLGBTQI avoir du mal à accéder à des soins de soutien. Cette situation a souvent entraîné un épuisement professionnel, tandis que la prestation de services « pro bono » ou à prix réduit a entraîné des charges financières. Comme l'a expliqué Chantelle, une fournisseuse de services queer travaillant dans une région rurale de l'Ontario (FS/PGD) :



J'aborde chaque cas comme il se présente, de sorte que certaines personnes sont traitées bénévolement une fois sur deux. Certaines personnes bénéficient d'un tarif réduit pour toute la durée du traitement, d'autres sont contraintes de mettre un terme à leur suivi, car elles ont eu trop de frais médicaux en lien avec leur chirurgie d'affirmation de genre, et pour moi, éthiquement, ce n'est pas possible, donc je leur offre 4 mois de rendez-vous gratuits. J'essaie vraiment de rendre cela aussi accessible financièrement que possible, parce que mon travail, j'y mets tout mon cœur. Pour moi, il ne s'agit pas d'être capitaliste et de profiter des gens. Il s'agit d'essayer de soutenir les gens pour qu'iels ne meurent pas. C'est vraiment le problème auquel nous sommes confronté·es en ce moment. Lors de la pandémie, de nombreuses personnes ne se sentaient pas en sécurité chez elles avec les membres de leur famille ou leurs colocataires, et il a donc fallu résoudre de nombreux problèmes pour assurer leur sécurité.



Un thème commun à tous les groupes de discussion, tant avec les demandeur·euses de services 2SLGBTQI qu'avec les fournisseur·euses de services, est la préoccupation concernant l'accès ou l'orientation des clients vers des fournisseur·euses de services sécuritaires et compétent·es. Un certain nombre de participant·es ont noté que certain·es fournisseur·euses de services se présentent comme étant « sensibilisé·es aux problématiques spécifiques aux personnes 2SLGBTQI », mais qu'en réalité, iels n'ont pas la capacité de fournir des soins réellement adaptés et affirmés. L'inflation, la privatisation croissante des services et le manque de fournisseur·euses de services 2SLGBTQI, en particulier des fournisseur·euses autochtones, noir·es ou de couleur, ne font qu'aggraver le problème, comme l'a fait remarquer Lindsey, qui fournit des soins de santé mentale dans une région rurale de l'Ontario :



Il faut davantage de personnes issues de la communauté 2SLGBTQI et de personnes autochtones, noires ou de couleur. C'est très important. Avec des exigences de qualifications de plus en plus lourdes, nous constatons qu'un grand nombre de fournisseur·euses de services queers et trans [et] un grand nombre de mes collègues se tournent vers le secteur privé et facturent 130 \$ ou 160 \$ de l'heure. Cela m'inquiète vraiment, car j'ai toujours voulu me concentrer sur les jeunes queers, trans et bispirituel·les. C'est comme l'inflation et le coût de la vie, ça s'étend même aux communautés rurales et éloignées. Comment recruter? J'ai aussi ma propre opinion du secteur des services sociaux et des services financés par l'État. Je sais que tout n'est pas parfait dans ce secteur, mais je pense que la privatisation croissante est un énorme problème.



Les personnes qui subissent une marginalisation intersectionnelle (par exemple : en s'identifiant comme une personne vivant avec un handicap ou racialisée) rencontrent de sérieux problèmes d'accès, comme l'a expliqué Mandy (PGD) :



Pour moi, en matière d'accès aux services de soutien, plus vous avez d'identités, plus il est difficile de trouver des services qui vous seront adaptés.



Plus précisément, il y a un manque d'espaces physiques et de fournisseur·euses de services adaptés pour les personnes 2SLGBTQI autochtones, nouveaux·elles arrivant·es, réfugié·es ou issu·es de milieux culturels non occidentalisés, ce qui constitue un obstacle à l'accès aux soins de santé mentale. De nombreux·euses participant·es ont évoqué le « blanchiment » des soins de santé mentale queers. Ils estiment que l'on met trop l'accent sur les expériences des personnes blanches cisgenres et queers, et qu'il y a une surreprésentation des personnes blanches cisgenres et hétérosexuelles chez les fournisseur·euses de services.

### **L'accès aux soins médicaux**

L'accès aux soins médicaux est un déterminant social clé de la santé physique et mentale et est particulièrement important pour les personnes 2SLGBTQI, car elles sont beaucoup plus susceptibles de vivre avec un problème de santé chronique ou un handicap physique (Egale Canada & Innovative Research Group, 2020). Les résultats révèlent à quel point la pandémie a perturbé et créé des obstacles à l'accès aux soins médicaux : 76 % ( $n = 231$ ) des répondant·es à l'enquête ont indiqué que la pandémie avait eu un impact négatif sur leur accès aux soins médicaux. Les personnes cherchant à obtenir des soins d'affirmation de genre sont particulièrement concernées par ces obstacles, comme l'a expliqué Sam (PGD) :



Je pense que la pandémie m'a fait réfléchir un peu plus à ma santé et m'a incité·e à être proactif·ve [...], mais [les services médicaux] ne tiennent généralement pas compte de l'affirmation du genre ou des personnes qui pourraient être vulnérables dans le cadre de soins spécifiques au

genre. De plus, il y a une pénurie de médecins de famille. J'ai déjà de la misère à trouver un·e médecin de famille, mais si en plus je décide que j'en veux un·e qui affirme mon genre, cela devient pratiquement impossible, à moins que je ne recherche des services de transition spécifiques, ce qui n'est pas le cas. **J'ai juste besoin d'un·e médecin qui me comprenne.** De meilleurs soins de santé me permettraient d'améliorer ma santé mentale. (emphase ajoutée)



Similairement, une personne bisexuelle/genderqueer vivant dans une zone urbaine du Québec (RE) a fait part de la difficulté de devoir « trier » les problèmes de santé pour lesquels iel consultait, étant donné le manque de connaissances des fournisseur·euses concernant les problèmes de santé des personnes 2SLGBTQI :



[J'ai besoin] d'avoir accès à des professionnel·les de la santé qui comprennent les problèmes des personnes queers. J'ai l'impression que même si j'arrive à avoir un rendez-vous, je n'ai pas d'autre choix que d'accepter le·la médecin qui m'est attribué·e. Je crains de ne pas être pris·e au sérieux si j'aborde des sujets liés au fait que je suis queer ou à ma dysphorie de genre. J'ai aussi l'impression de devoir filtrer mes problèmes de santé, et que les problèmes liés à ma neurodivergence doivent passer en premier. Si j'arrive à obtenir de l'aide, l'accent sera mis sur ce problème. Et c'est seulement si on accepte de m'aider avec ça.



Compte tenu de la pénurie de médecins dans tout le pays, certain·es participant·es ont déclaré se sentir piégé·es ou devoir « se contenter » d'un·e fournisseur·euse qui leur fournit le strict minimum (par exemple : qui remplit des ordonnances), mais qui ne respecte pas les droits des personnes 2SLGBTQI. Cette situation crée un fardeau important pour la santé mentale des patient·es 2SLGBTQI, qui doivent peser les coûts et les avantages de consulter

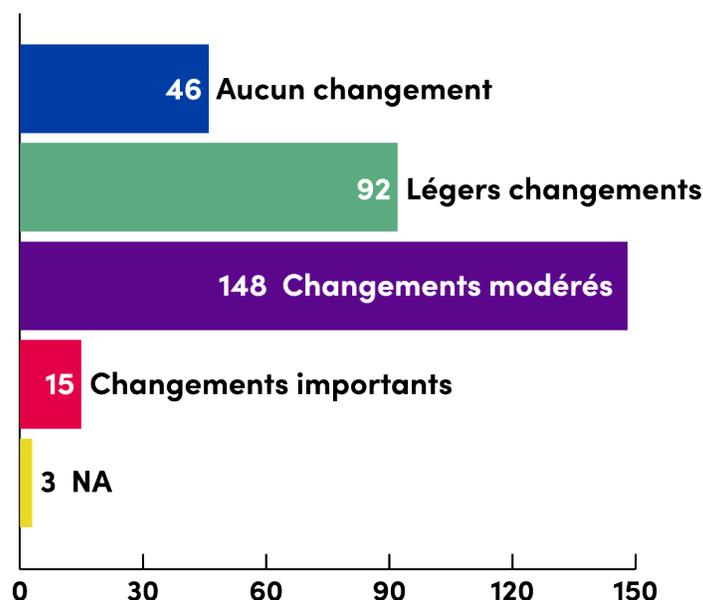
un·e fournisseur·euse qui peut s'occuper de certains aspects de leur santé physique, mais qui nuit à leur santé mentale.

## Soutien social

Les déterminants sociaux de la santé s'influencent mutuellement de manière complexe et variable. C'est pourquoi de nombreux·ses participant·es aux groupes de discussion n'ont pas pu mettre le doigt sur seulement un ou deux déterminants qui auraient été les plus affectés par la pandémie de COVID-19. Cependant, l'un des déterminants sociaux le plus souvent évoqué est celui du soutien social et des liens avec la communauté. La plupart des participant·es à l'enquête et aux groupes de discussion ont évoqué des changements négatifs en matière de soutien social, en particulier en province et pour les personnes transgenres ou de genres divers.

Parmi les participant·es à l'enquête, plus de la moitié (54 %) ( $n = 163$ ) ont indiqué des changements négatifs modérés à graves (par exemple : perte de contact avec certain·es membres de la famille et ami·es, et perte de contact avec tous·tes les membres de la famille et ami·es, respectivement), comme le montre le graphique ci-dessous :

### Changements aux soutiens sociaux depuis la COVID-19



Karina (PGD) a vécu des changements négatifs graves en matière de soutien social :



Tout [mon] système de soutien s'est effondré le jour où la pandémie a commencé. Pour surmonter mes problèmes de santé mentale, j'ai une vie sociale bien organisée et je fais du bénévolat. Je suis retraitée, donc je suis bénévole dans une école publique avec des enfants, je fais de la musique, je coordonne une chorale, je donne des cours de conditionnement physique. Toutes ces choses se sont arrêtées brutalement [...] Je n'étais plus qu'une aînée fragile, et parce que j'ai plus de 70 ans, on me voyait comme une personne qui ne devrait pas sortir de chez elle.



Le manque de soutien social a généré de nouvelles anxiétés (comme l'anxiété sociale) et d'autres problèmes de santé mentale comme la solitude. Le lien entre le manque de soutien social et la perte de proches par suicide ou par surdose a également été relevé par de nombreux·ses participant·es. Duncan (PGD), par exemple, a parlé de « pandémies jumelles » :



Les décès par surdose sont liés à la santé mentale, il y a beaucoup de problèmes, et rien n'est fait. Je ne peux pas m'empêcher d'évoquer les déterminants sociaux de la santé, le fait que des gens meurent et qu'il n'y ait pas de véritable réponse dans ma communauté à ce désastre incroyable qui se produit tous les jours. Tout le monde meurt, y compris quelqu'un qui habitait à côté de chez moi. Les morts s'enchaînent.



Illustrant les liens entre les déterminants sociaux de la santé mentale, des participant·es comme Mandy (PGD) ont expliqué comment des changements négatifs au niveau des revenus et des autres ressources ont entraîné un épuisement professionnel, et donc moins d'énergie pour soutenir mutuellement les autres membres de la communauté :



Je pense que l'accès à mon réseau de soutien social est très réduit, donc la capacité est généralement plus faible dans mes communautés. Par ailleurs, les ressources disponibles avant la pandémie n'existent plus. Beaucoup de ressources communautaires ont été détournées vers des activités liées à la pandémie ou ont été interrompues lorsqu'elle s'est déclarée. Ainsi, les espaces où je me rendais auparavant n'existent plus ou sont fermés pour une durée indéterminée.



Malgré les obstacles au soutien social induits par la pandémie, les personnes interrogées et les participant·es aux groupes de discussion ont trouvé des moyens d'accéder à un soutien social, et l'enquête a révélé des résultats potentiellement prometteurs. Nous leur avons posé une série de questions sur les types de soutien dont iels disposaient au moment de l'enquête, et les résultats sont les suivants :

**65 %**

(*n* = 198) ont déclaré avoir quelqu'un à qui s'adresser pour obtenir des suggestions sur la façon de résoudre un problème personnel.

**61 %**

(*n* = 185) ont déclaré avoir quelqu'un qui les aimait et qui leur donnait l'impression d'être désiré·es.

**60 %**

(*n* = 182) ont déclaré avoir quelqu'un avec qui passer du bon temps, la plupart du temps ou tout le temps.

**56 %**

(*n* = 170) ont déclaré avoir quelqu'un pour les emmener chez le·la médecin si nécessaire.



52 %

(n = 158) ont déclaré avoir quelqu'un pour les aider à préparer les repas si besoin, la plupart du temps ou tout le temps.



48 %

(n = 158) ont déclaré avoir quelqu'un pour les aider à préparer les repas si besoin, la plupart du temps ou tout le temps.



46 %

(n = 140) ont déclaré avoir quelqu'un pour les aider dans les tâches quotidiennes s'ils n'étaient pas en mesure de les faire, la plupart du temps ou tout le temps.

Quelques participant·es à l'enquête ont souligné la nécessité d'organiser davantage d'événements sobres pour favoriser les liens communautaires, en proposant des idées telles que des événements organisés dans les centres de ressources 2SLGBTQI locaux, des séances d'art-thérapie ou de pleine conscience et des rencontres sociales centrées sur une activité plutôt que dans un club ou un bar. Par exemple, un homme transgenre gai vivant dans une ville ontarienne de taille moyenne (RE) a exprimé le désir d'avoir des activités de groupe plus décontractées, notant qu'



[i]l peut être difficile de faire des rencontres basées uniquement sur notre identité. Avoir un intérêt commun et pratiquer une activité ensemble (jouer à des jeux, par exemple) peut rendre le processus plus facile et moins intimidant.



## Soutien par les pair·es

Outre le soutien social général, de nombreux·ses participant·es ont évoqué le soutien par les pair·es<sup>5</sup> comme étant une forme de soins de santé mentale. Le soutien par les pair·es présente un certain nombre d'avantages, notamment l'autonomisation, le soutien social, le renforcement de l'empathie, de l'acceptation et de l'espoir, ainsi que la réduction de la stigmatisation (Repper & Carter, 2011). Ces avantages sont en partie dus au fait que ces modèles sont guidés par des principes tels que la direction par les pair·es, la non-coercition, la sécurité, la flexibilité, la non-médicalisation et la déhiérarchisation (Abbas, 2022).

Les répondant·es ont été interrogé·es sur les sources de soutien à la santé mentale qu'ils avaient recherchées depuis le début de la pandémie en 2020, 68 % ( $n = 194$ ) des répondant·es avaient fait appel à des ami·es et 11 % ( $n = 33$ ) à des pair·es pour les conseiller/orienter, et comme forme de soutien à la santé mentale. Plusieurs répondant·es ont également déclaré souhaiter davantage de services de soutien par les pair·es, tels que des réunions de groupe, des groupes de défense des droits des personnes queer et des systèmes de navigation par les pair·es pour les aider à faire face aux facteurs de stress liés à la pandémie.

Une participante au groupe de discussion, Winter, a souligné la valeur des soins de santé mentale par les pair·es, en particulier pour les personnes ayant vécu des expériences négatives avec des professionnel·les de la santé mentale :



Je pense que c'est l'un des plus grands défis, en particulier dans le monde virtuel et pendant la pandémie. Lorsque vous êtes plus isolé·e, le simple fait de pouvoir entrer en contact avec des personnes qui partagent les mêmes idées, qui vivent des expériences similaires et qui sont prêtes à parler et à partager, est pour moi plus précieux que de chercher à

5 Le soutien par les pair·es peut être appliqué de différentes façons, mais en général, il est composé des caractéristiques uniques suivantes: expériences vécues (les personnes qui fournissent et reçoivent du soutien ont des expériences vécues similaires et peuvent se comprendre en elles-eux); soutien sincère (occasions d'éprouver de l'empathie et de la validation étant donné les expériences vécues); conseils pratiques (les pair·es peuvent offrir des trucs pratiques et des conseils parfois inconnus des professionnel·les); position non professionnelle avantageuse (ceci peut être une composante importante afin d'instaurer la confiance et de reconstruire l'esprit de communauté et de connexion) (Mead et MacNeil, 2006).

obtenir des soins auprès de professionnel·les de la santé mentale ou de médecins généralistes, parce que ces expériences sont presque toujours négatives, selon mon expérience.



D'autres participant·es ont souligné le cloisonnement entre les soins de santé mentale formels et les groupes de soutien et réseaux d'entraide faisant appel aux pair·es. Par conséquent, les personnes difficiles à atteindre ou considérées comme « difficiles à servir » ne reçoivent pas les ressources nécessaires, et les fournisseur·euses de services ne font pas l'effort d'aller à la rencontre de ces personnes et de ces groupes. Cette exclusion génère une profonde méfiance au sein des espaces et réseaux communautaires à l'égard des services plus officiels (conseil, travail social, etc.).

En effet, les conditions qui « poussent » les personnes 2SLGBTQI vers les modèles de soutien par les pair·es sont souvent directement liées à l'exclusion à laquelle elles sont confrontées dans d'autres contextes de services et de pratiques. Comme l'a exprimé Jordaan (PGD) :



Qu'est-ce que les réseaux, les réseaux d'entraide et les réseaux de pair·es font de bien ? S'ils peuvent être perçus comme des groupes amateurs ou manquant d'expertise, les groupes de soutien par les pair·es sont bien équipés pour faire face non seulement aux catastrophes et aux crises imminentes, mais aussi pour les atténuer grâce, entre autres, à l'inclusion sociale. C'est un immense facteur de résilience que d'avoir le soutien de la communauté à ses côtés. L'aide mutuelle, ce sont les liens entre les gens qui peuvent être mis à profit pour répondre à des besoins qui ne peuvent pas être satisfaits. La plus grande caractéristique du soutien par les pair·es est l'absence de règlements, de réglementation gouvernementale et d'accréditations. Pas besoin d'être une femme blanche, d'être fortunée et d'avoir obtenu un diplôme en psychologie

dans une institution universitaire pour intégrer un groupe de soutien par les pair·es.



## Emploi

Avoir un emploi stable est l'un des déterminants de la santé mentale les plus directement touchés par la pandémie. En effet, les données nationales révèlent que le taux de chômage a plus que doublé entre février 2020 (5,6 %) et mai 2020 (13,7 %) (Statistique Canada, 2020). Bien que les problèmes liés à l'emploi n'aient pas été abordés en profondeur dans les groupes de discussion, près de 35 % ( $n = 106$ ) des répondant·es à l'enquête ont déclaré avoir connu des changements négatifs dans leur emploi à la suite de la pandémie de COVID-19. Ces changements négatifs ont eu des répercussions négatives sur la santé mentale : une personne bisexuelle/queer/pansexuelle/genderqueer/non binaire vivant dans une petite ville de l'Ontario (RE) a écrit : « J'ai dû quitter mon emploi, retourner chez mes parents, reprendre mes études dans un autre domaine, puis travailler dans un autre domaine qui a un impact plus négatif sur ma santé mentale. » Un homme trans gai vivant dans une petite ville du Nouveau-Brunswick (RE) a également fait part de son désespoir lié à l'incapacité à trouver un emploi :



Je n'ai pas trouvé de travail depuis le début de la pandémie [et] je n'ai pas trouvé la motivation ou l'envie de gérer une entreprise comme je l'avais prévu avant la pandémie. C'est désespérant de n'avoir aucune nouvelle de ces employeurs. J'ai l'impression que tout ce que je peux faire, c'est de m'asseoir et d'attendre jusqu'à ce que je n'aie plus d'argent.



Tout le monde n'a pas connu de changements négatifs dans son emploi depuis le début de la pandémie : 26 % ( $n = 79$ ) des répondant·es à l'enquête ont connu des changements positifs, qui se sont traduits par une meilleure santé mentale. Par exemple, une personne queer trans masculine d'une région urbaine

de la Colombie-Britannique (RE) nous a fait part des liens entre sa stabilité financière, son soutien social et l'amélioration de sa santé mentale :



La pandémie a ironiquement fini par accélérer la croissance de mon entreprise de conseil. Au début, je travaillais trop et l'épuisement professionnel affectait ma santé mentale, mais la stabilité des revenus qui en a résulté m'a permis de réduire ma charge de travail et de prendre plus de temps pour m'occuper de ma santé mentale (principalement en commençant enfin ma transition) sans avoir à m'inquiéter pour mes finances. Mon travail me donne également une raison d'être et un exutoire créatif positif qui m'ont aidé à m'enraciner lorsque je faisais face à des problèmes de santé mentale dus à la dysphorie de genre. Cela me met en contact avec un réseau professionnel solidaire au sein duquel j'ai de nombreux·ses ami·es.



Une personne queer/de genre fluide asexuelle vivant dans une région rurale de la Saskatchewan (RE) a établi des liens similaires entre son emploi, son soutien social et l'amélioration de sa santé mentale :



Je travaille dans une atmosphère beaucoup plus favorable aujourd'hui qu'avant la pandémie. Ma santé mentale s'est grandement améliorée parce que je me sens plus valorisé·e et que ma voix compte. Il n'est pas facile d'être différent·e dans certains environnements de travail.



## Les revenus

L'impact de la pandémie sur l'emploi a eu des conséquences directes sur les risques de faibles revenus et de pauvreté chez les personnes 2SLGBTQI (Kia et al., 2021). Les participant·es ont abordé l'impact de la pandémie sur les revenus, ainsi que l'augmentation du coût de la vie. Il a été rapporté que 30 % ( $n = 91$ ) des participant·es ont indiqué des changements négatifs dans leurs revenus, 21 % ( $n = 64$ ) ont noté des changements positifs dans leurs revenus, tandis que

40 % (n = 122) ont indiqué n'avoir connu aucun changement depuis le début de la pandémie. L'une des personnes interrogées, une femme bisexuelle/ grissexuelle vivant dans une ville ontarienne de taille moyenne, qui a connu des changements positifs, a écrit :



Je pense que mes inquiétudes concernant l'argent ont diminué pendant la pandémie, parce que j'avais moins de dépenses en travaillant à la maison [...] cela m'a permis de faire des choix pour mon avenir, ce qui a réduit mes inquiétudes financières, et je suis maintenant en mesure de payer ma thérapie parce que j'ai des économies.



Les changements négatifs de revenus ont été associés au stress, à l'obligation d'accepter un deuxième emploi ou des quarts de travail supplémentaires, et à toute une série de problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la rumination et la dépression. De nombreuses réponses à l'enquête ont illustré comment les impacts de la pandémie sur les revenus se combinent à d'autres déterminants sociaux pour influencer la santé mentale des personnes 2SLGBTQI. Par exemple, une personne queer non binaire/trans vivant dans une petite ville de Colombie-Britannique (RE) a explicitement fait le lien entre les politiques fédérales et provinciales, les problèmes économiques et sociopolitiques structurels et la détresse mentale :



J'ai besoin d'une amélioration des conditions matérielles plutôt que des services personnels. Un revenu universel de base, un contrôle des loyers, des politiques liées à la COVID-19 fondées sur des données probantes, un climat politique et social moins hostile envers les personnes transgenres. Je suis tout à fait capable de faire face à mes propres problèmes de santé mentale ; les choses qui me causent une détresse importante sont plus structurelles que personnelles. Le principal type de stress que je subis et que je ne peux pas facilement soulager relève d'une sorte de désespoir

global face à la montée du fascisme. Mes ami·es et moi ressentons un désespoir sur le plan économique, et nous craignons d'être nous-mêmes en public.



Une personne lesbienne vivant dans une zone urbaine de l'Ontario (RE), a souligné les conséquences sur la santé mentale des réductions des dépenses provinciales pour les personnes bénéficiant d'une aide à l'invalidité :



[J'ai besoin de] consultations individuelles abordables et j'ai désespérément besoin d'une augmentation des prestations d'invalidité du POSPH, surtout avec l'inflation actuelle. Je ne me suis jamais sentie aussi abandonnée par le filet de sécurité sociale que pendant le mandat de Doug Ford durant la pandémie.



Les participant·es à la consultation communautaire virtuelle ont insisté sur la nécessité de prendre en compte la pauvreté entre autres obstacles et de reconnaître que celle-ci peut être une conséquence de la marginalisation des personnes 2SLGBTQI. Les participant·es à l'événement ont souligné à plusieurs reprises l'importance de la sensibilisation des personnes sans-abri et vivant dans la rue, réfugiées et nouvelles arrivantes, des personnes vivant dans les zones rurales, ainsi que des personnes 2SLGBTQI vivant avec un handicap, car ces groupes sont disproportionnellement plus susceptibles de connaître la pauvreté (Kia et al., 2020).

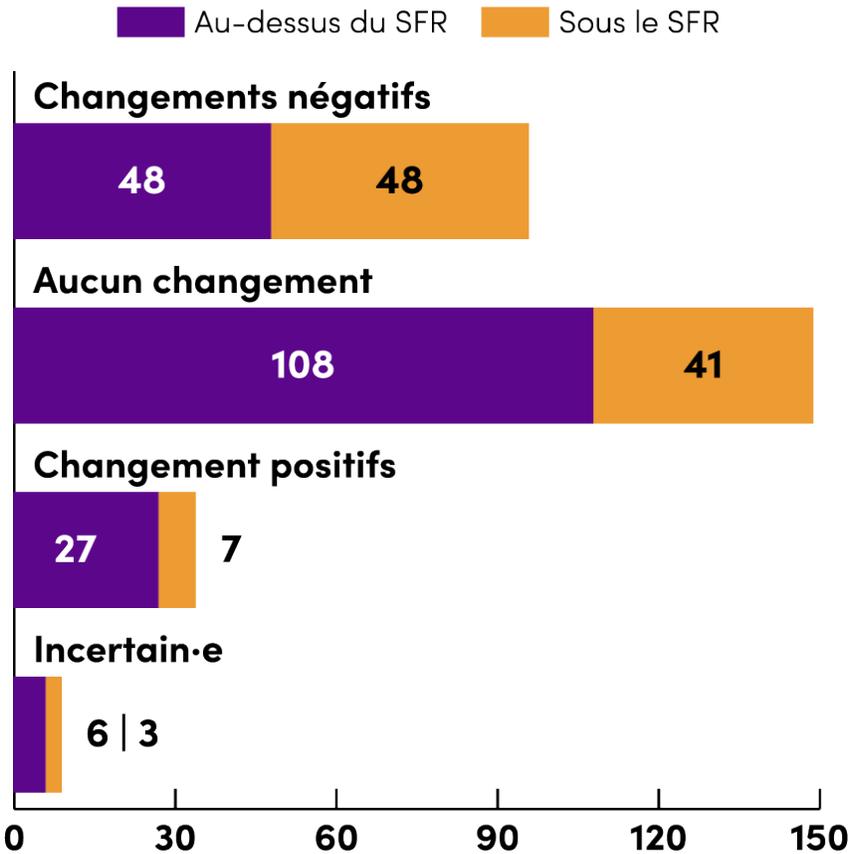
### **Sécurité alimentaire**

La sécurité alimentaire est un autre déterminant social de la santé mentale qui a été affecté par la pandémie actuelle. La recherche a montré à maintes reprises que l'insécurité alimentaire influence directement les problèmes de santé mentale (voir Elgar et al., 2021). Cependant, il n'existe pas de recherche canadienne sur les effets de l'insécurité alimentaire sur la santé mentale des personnes 2SLGBTQI dans le contexte de la pandémie actuelle. Par conséquent,

notre enquête nationale et nos groupes de discussion ont mis l'accent sur ce sujet afin de combler cette lacune dans la recherche. Nos conclusions concernant l'insécurité alimentaire chez les personnes 2SLGBTQI reflètent celles d'un récent sondage national, selon lequel 47 % des personnes s'identifiant comme 2SLGBTQI se disent préoccupées par le fait de « consommer suffisamment ou adéquatement des aliments sains » que ce soit pour elles ou pour leur famille (MHRC, 2023, p. 21).

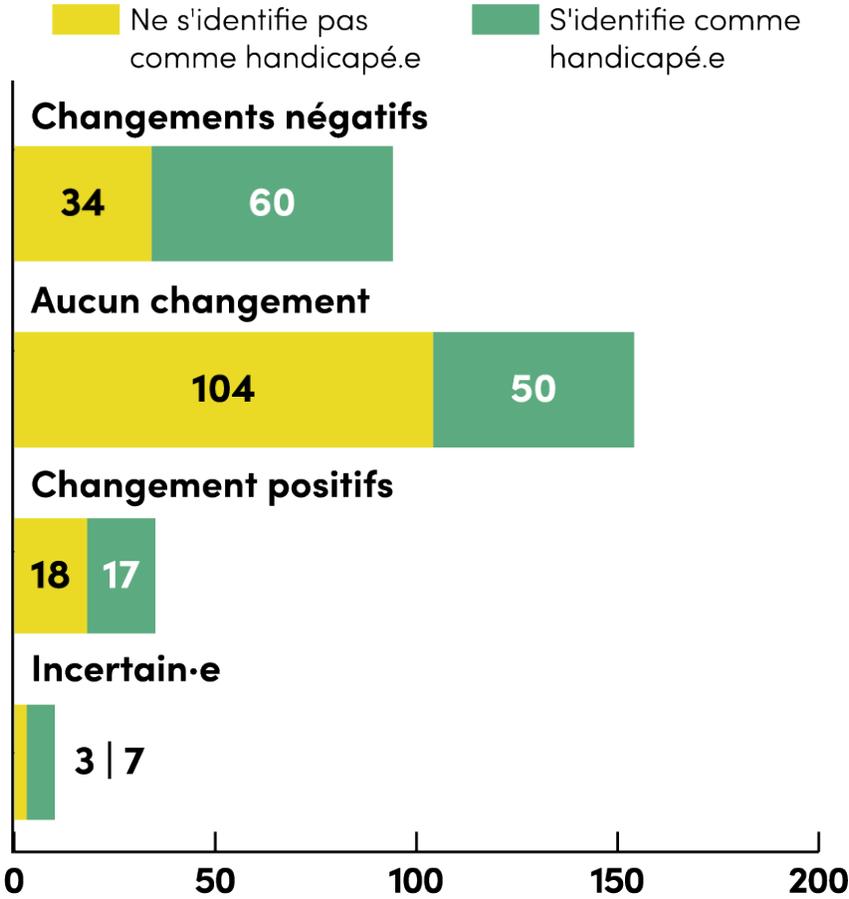
Notre enquête a révélé que 32 % ( $n = 97$ ) des personnes interrogées ont connu des changements négatifs concernant la sécurité alimentaire pendant la COVID-19. Le graphique ci-dessous montre qu'une plus grande proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) défini par le gouvernement<sup>5</sup> (48 %) ( $n = 48$ ) ont connu des changements négatifs en matière de sécurité alimentaire au cours de la période de la pandémie de COVID-19 que les personnes vivant au-dessus du SFR (25 %) ( $n = 48$ ).

### Changements à la sécurité alimentaire during la COVID-19 - SFR



Notamment, 44 % ( $n = 134$ ) de notre échantillon d'enquête s'identifiaient comme des personnes vivant avec un handicap, et le schéma ci-dessous illustre les taux d'insécurité alimentaire parmi ces répondant·es. Les résultats montrent qu'une plus grande proportion de personnes vivant avec un handicap ont subi des changements négatifs en matière de sécurité alimentaire (45 %) ( $n = 60$ ) que les personnes vivant sans handicap qui ont déclaré avoir subi des changements négatifs en matière de sécurité alimentaire (21 %) ( $n = 34$ ). Cette différence entre les répondant·es vivant avec un handicap et ne vivant pas avec un handicap était statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

### Changements à la sécurité alimentaire durant la COVID-19 - Handicap



Les personnes interrogées ont souvent fait part de leurs expériences en matière d'insécurité alimentaire depuis le début de la pandémie. Une personne bisexuelle (identité de genre non précisée) vivant dans une ville de taille moyenne de Terre-Neuve-et-Labrador (RE) a avoué se trouver dans un cercle vicieux d'épuisement et de tension financière en raison de l'augmentation des prix des denrées alimentaires :



J'ai du mal à me payer des aliments frais comme les légumes et de la viande, alors je dois les acheter avec parcimonie ou congeler. Ma facture d'épicerie s'élève maintenant à 200 \$ toutes les deux semaines, au lieu de 150 \$ [...] J'ai également du mal à préparer la nourriture lorsque je rentre du travail parce que je suis très fatigué-e, alors je compte sur les restes et les repas préparés ces jours-là. J'ai honte d'avoir du mal à me payer à manger, et lorsque je peux le faire, je n'ai pas la force de cuisiner.



Une personne gaie/queer agendre d'une ville moyenne de l'Ontario (RE) a également fait part de l'anxiété et du stress causés par l'incapacité à payer la nourriture, ainsi que du rôle des pair-es dans l'atténuation des effets de l'insécurité alimentaire :



Lorsque je ressens cette insécurité alimentaire, je me demande comment je vais pouvoir me payer à manger ou comment tirer le meilleur parti de la nourriture que l'on possède déjà. La plupart du temps, mes colocataires veillent à ce qu'on ait de la nourriture et à ce que personne ne souffre de la faim [...] la diminution de mes revenus a causé beaucoup de stress quant à la façon dont j'allais payer mes factures et ma nourriture pendant une grande partie de la pandémie.



L'insécurité alimentaire peut être intensifiée non seulement par la hausse des prix des denrées alimentaires, mais aussi par le coût des transports, comme

l'a expliqué une femme bisexuelle/queer vivant dans une zone urbaine en Colombie-Britannique (RE) :



Je me sens en insécurité à cause de la hausse du coût de la nourriture [dans ma ville]. Je n'ai pas de voiture et je dois payer le taxi. Je ne peux pas transporter la nourriture jusqu'à mon domicile avec mon chariot de grand-mère.



L'insécurité alimentaire est liée à d'autres facteurs, tels que les revenus et le logement, comme l'a expliqué une personne queer non binaire vivant dans une petite ville du Nouveau-Brunswick (RE) :



Mes revenus et ceux de mon/ma partenaire ont baissé, **nous avons récemment subi une augmentation de loyer, et nous ne pouvons pas la payer sans réduire nos dépenses alimentaires**, notamment pour nourrir notre chat ou pour nos médicaments. Nous ne pouvons pas déménager ailleurs parce que les loyers sont plus élevés que ce que nous payons actuellement. En matière de logement, nous n'avons aucune solution, et cela contribue à mon état constant de dépression et d'anxiété. (emphase ajoutée)



Compte tenu des taux croissants d'insécurité alimentaire chez les personnes 2SLGBTQI, les participant·es à la consultation virtuelle ont discuté de la possibilité de rendre accessibles des garde-manger et des frigidaires publics dans le cadre des services de santé mentale communautaires.

## Logement

Un logement adéquat, convenable et abordable est un déterminant essentiel de la santé physique et mentale et du bien-être. Un bon logement augmente le sentiment de sécurité personnelle et diminue le stress (Association canadienne pour la santé mentale, 2021). Parmi les répondant·es à notre enquête, 35 % ( $n =$

106) ont indiqué ne pas avoir rencontré de problèmes en matière de logement depuis le début de la pandémie de COVID-19. En revanche, 23 % ( $n = 70$ ) des répondant·es à l'enquête ont indiqué avoir rencontré des difficultés à trouver un nouvel endroit où vivre, 14 % ( $n = 43$ ) ont emprunté de l'argent pour payer leur loyer ou hypothèque, 14 % ( $n = 43$ ) ont dû emménager chez des parents ou des ami·es, et 10 % ( $n = 30$ ) ont dû déménager dans un nouveau quartier parce que le coût de leur logement était trop élevé. Les participant·es ont également souligné d'autres difficultés liées au logement, notamment le sentiment d'insécurité dû à l'exposition des autres à la COVID-19 (32 %,  $n = 97$ ) et à la violence conjugale, à la maltraitance ou au harcèlement (11 %,  $n = 33$ ).

Certain·es participant·es ont fait état de dilemmes : même s'ils n'avaient pas les moyens de payer leur logement actuel, iels ne pouvaient pas non plus déménager ailleurs parce que tout était aussi cher ou plus cher. Comme mentionné précédemment, les augmentations de loyer contraignent ces personnes à choisir entre les services publics, l'épicerie, les médicaments et les soins aux animaux de compagnie après le paiement du loyer. Une femme bisexuelle/queer vivant dans une petite ville de l'Ontario (RE) nous a fait part des conséquences de ses problèmes de logement sur sa santé mentale :



Je suis furieuse, déçue, traumatisée et épuisée par les problèmes de logement. Ma partenaire et moi sommes des professionnelles titulaires d'une maîtrise avec de très bons revenus et nous ne pouvons pas payer le loyer dans [ma ville] où [...] nous travaillons et où se trouvent nos familles choisies et biologiques. Nous sommes exténuées, découragées et constamment stressées. Nous avons déménagé trois fois pendant la pandémie parce que les propriétaires de nos logements avaient choisi de vendre, et nous déménageons à nouveau parce que ma partenaire est enceinte, et nous ne pourrons pas payer notre loyer lorsqu'elle sera en congé et qu'elle ne gagnera que 55 % de son revenu habituel. Les prix du logement et nos salaires inférieurs (par rapport à nos pair·es exerçant dans le secteur privé qui gagnent environ 150 \$/heure) constituent un

enjeu féministe, car les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé mentale sont principalement des femmes.



Les difficultés à trouver un appartement ou un logement adéquat en raison de la discrimination 2SLGBTQI ont également été notées comme une préoccupation future par 49 % des répondant·es à l'enquête, signalant l'importance d'aborder les obstacles liés au logement dans le contexte de la pandémie actuelle, de l'augmentation du coût de la vie et de la stagnation des salaires.

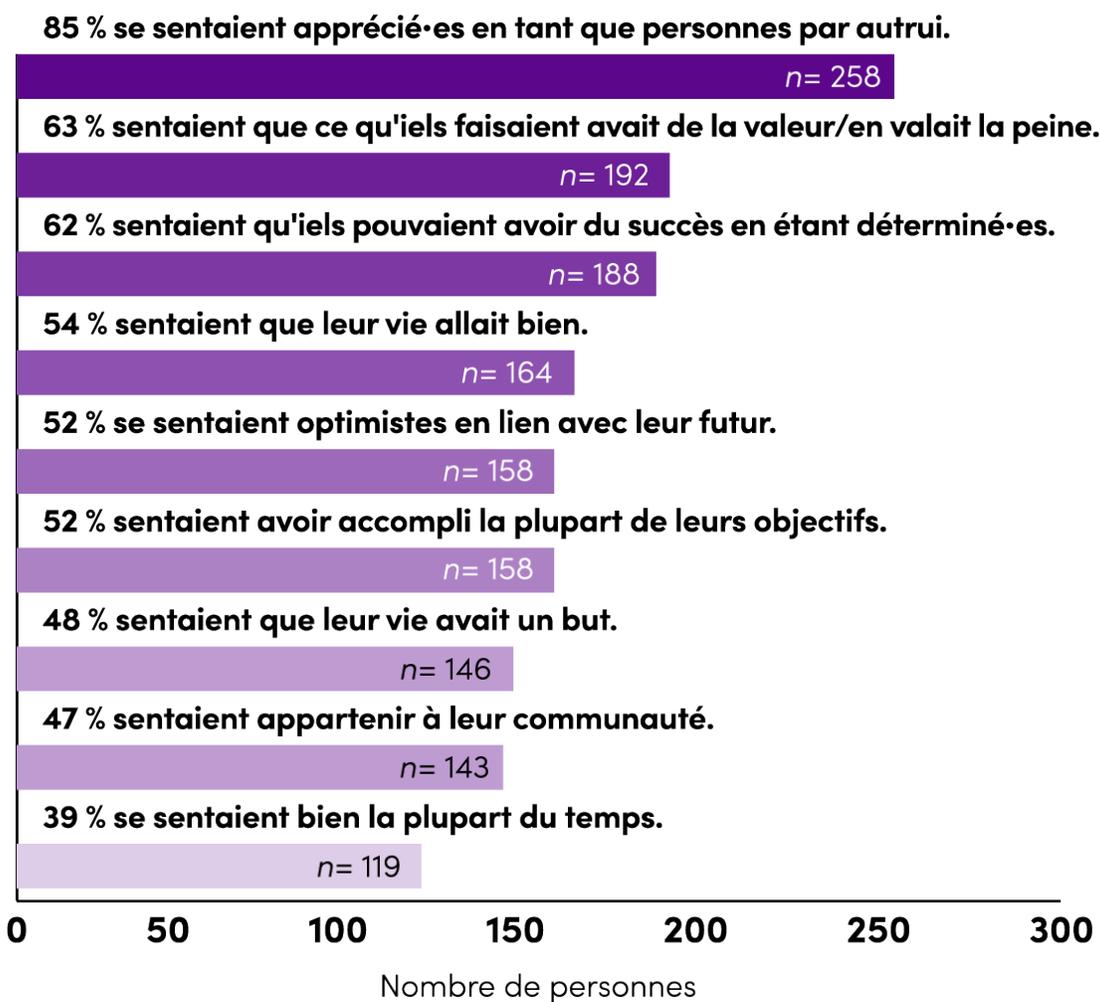
### **Espoir, optimisme, adaptation et résilience**

Un sondage canadien a récemment révélé que 53 % des répondant·es 2SLGBTQI, 54 % des répondant·es racisé·es et 40 % des répondant·es vivant avec une déficience physique sont moins susceptibles que le reste de la population de ressentir de l'optimisme, de la joie et d'apprécier la vie en général (MHRC, 2023). Bien que nos résultats démontrent aussi comment la pandémie a créé ou exacerbé des défis qui ont eu un impact négatif sur la santé et le bien-être des participant·es, notre recherche a également illustré les stratégies d'adaptation et la résilience des personnes 2SLGBTQI pour faire face à ces difficultés. Les répondant·es à notre enquête nationale ont répondu à une série de questions sur leur espoir et leur optimisme. Voici les résultats qui ont été obtenus à travers les réponses des personnes qui étaient plutôt ou tout à fait d'accord avec les affirmations suivantes :

- 85 % ( $n = 258$ ) estiment que les gens les apprécient en tant que personne.
- 63 % ( $n = 192$ ) estiment que leur travail est utile/a de la valeur.
- 62 % ( $n = 188$ ) estiment pouvoir réussir avec de la volonté.
- 54 % ( $n = 164$ ) estiment que leur vie se déroule bien.
- 52 % ( $n = 158$ ) se sentent optimistes quant à leur avenir.
- 52 % ( $n = 158$ ) ont le sentiment d'avoir atteint la plupart de leurs objectifs.
- 48 % ( $n = 146$ ) estiment que leur vie a un sens.

- 47 % (n = 143) ont un sentiment d'appartenance à leur communauté.
- 39 % (n = 119) se sentent bien la plupart du temps.

## Espoir et optimisme - Réponses au sondage



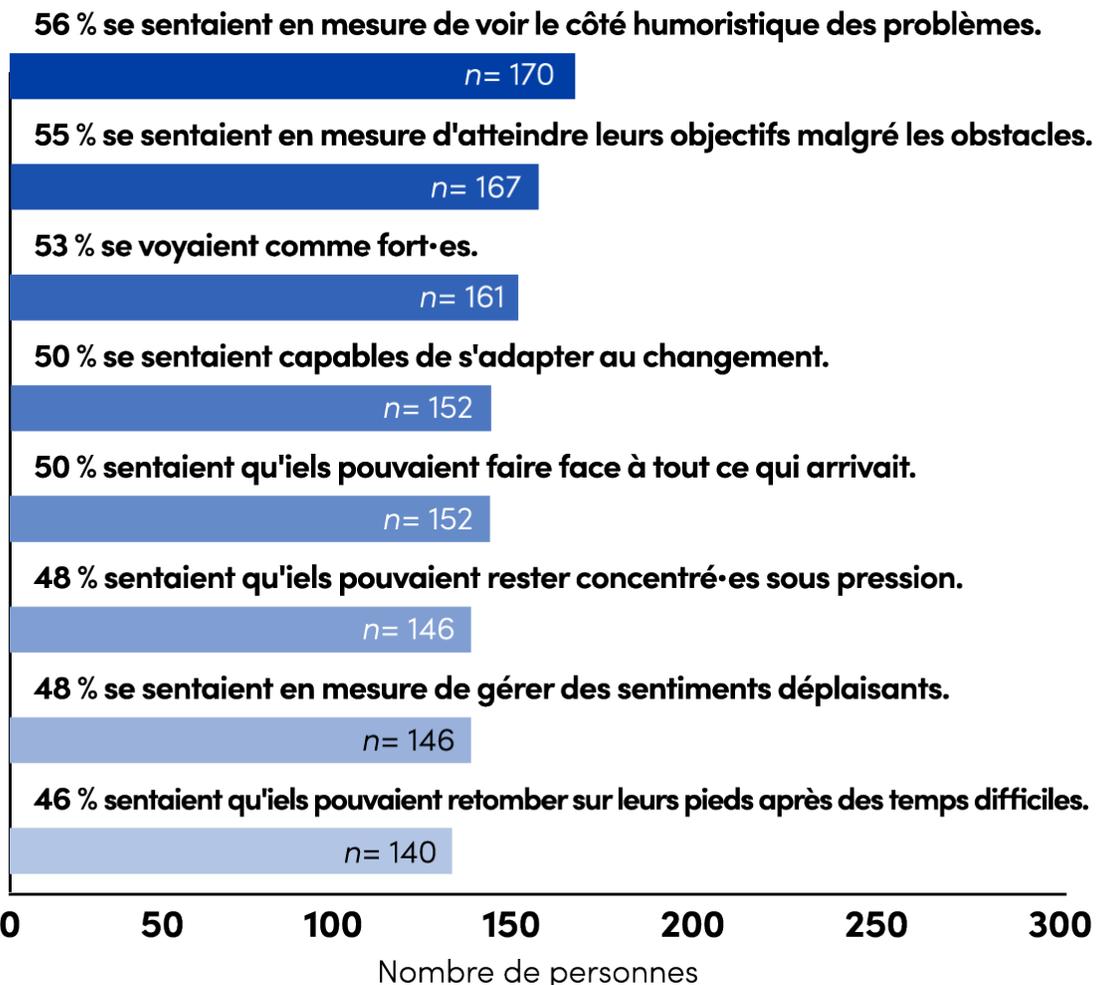
Il est important de noter que les répondant·es à l'enquête qui travaillaient comme fournisseur·euses de services ont obtenu un score composite<sup>6</sup> (sur 5) légèrement plus élevé en matière d'espoir et d'optimisme que les répondant·es

6 Les scores composites ont été calculés en se basant sur les réponses fournies sur des échelles par les répondant·es. Par exemple, des affirmations comme «Ma vie a du sens» étaient suivies par des échelles de réponses comme «Fortement en désaccord, Plus ou moins en désaccord, Pas en accord ni en désaccord, Plus ou moins en accord, Fortement en accord». Des scores numériques ont été attribués à chacune des réponses possibles: Fortement en désaccord=1, Plus ou moins en désaccord=2, Pas en accord ni en désaccord=3, Plus ou moins en accord=4, Fortement en accord=5. Ensuite, les scores moyens ont été calculés pour des affirmations similaires, reliées à l'espoir et l'optimisme, pour chacun.e des participant·es, puis la grande moyenne a été calculée pour tout l'échantillon de participant·es au sondage afin d'obtenir une idée générale de l'espoir/optimisme des participant·es. Des scores plus élevés suggèrent que les participant·es avaient plus d'espoir/optimisme, et inversement pour des scores plus faibles.

qui ne s'identifiaient pas comme fournisseur·euses de services (les scores moyens étaient respectivement de 3,71/5 et de 3,32/5). Il en était de même pour les mesures de résilience : les fournisseur·euses de services obtenant un score moyen de 3,48/5 et les demandeur·euses de services un score moyen de 3,24/5.

L'espoir et l'optimisme peuvent favoriser les stratégies d'adaptation (c'est-à-dire des stratégies qui protègent et maintiennent la santé et le bien-être) ainsi que des niveaux plus élevés de résilience face à divers facteurs de stress. Dans le cadre de notre enquête, nous avons posé aux répondant·es des questions portant sur divers aspects de la résilience, et les résultats suivants ont été obtenus par les personnes qui ont répondu « souvent comme moi » ou « tout à fait comme moi » à ces questions :

## Adaptation et résilience - Réponses au sondage



- 56 % (n = 170) estiment pouvoir voir le côté amusant de leurs problèmes.
- 55 % (n = 167) pensent pouvoir atteindre leurs objectifs malgré les obstacles.
- 53 % (n = 161) se considèrent comme fort·es.
- 50 % (n = 152) se sentent capables de s'adapter au changement.
- 50 % (n = 152) se sentent capables de faire face à tous les obstacles.
- 48 % (n = 146) ont le sentiment de pouvoir rester concentré·es sous la pression.
- 48 % (n = 146) ont le sentiment de pouvoir gérer des sentiments désagréables.
- 46 % (n = 140) ont le sentiment de pouvoir rebondir après des moments difficiles.

Les participant·es aux groupes de discussion ont mis en évidence diverses stratégies de protection de la santé auxquelles iels ont eu recours, notamment :



Parler à un·e fournisseur·euse de soins de santé mentale (par exemple : un·e conseiller·ère ou thérapeute);



Pratiquer un sport et faire de l'exercice ;



Socialiser avec des ami·es ou s'impliquer dans des activités communautaires;



Pratiquer la méditation, le yoga et la pleine conscience ;



Faire des activités de zoothérapie ;



Cuisiner et essayer de nouvelles recettes;



Jardiner;



Faire du bénévolat et aider les autres.

De même, plus de 60 % ( $n = 185$ ) des répondant·es à l'enquête ont déclaré passer du temps dans la nature ou faire des activités de plein air et/ou recevoir un soutien émotionnel de la part d'autres personnes pour protéger leur santé et leur bien-être. De plus, 45 % ( $n = 137$ ) des personnes interrogées ont indiqué qu'elles appliquaient au moins l'une des stratégies suivantes pour protéger leur santé et leur bien-être : concentrer leurs efforts sur l'amélioration de leur situation; obtenir de l'aide et des conseils d'autres personnes; chercher les aspects positifs de leur situation; obtenir du réconfort et de la compréhension de la part d'une autre personne; exprimer leurs sentiments négatifs; prendre le temps de pratiquer une activité plaisante; manger des aliments sains; faire de l'exercice régulièrement; et participer à des activités ou à des groupes en ligne visant à renforcer la communauté.

Duncan (PGD), qui a connu de grandes difficultés durant la pandémie, nous a expliqué comment l'art l'a aidé à faire face à certains de ses problèmes :



Au début de la pandémie, j'allais bien, je sortais d'une cure de désintoxication, j'étais sobre, mais j'ai très clairement sombré dans une dépendance active et dans de sérieux problèmes mentaux. Pour faire court, j'ai perdu ma maison, je suis allé en prison, je suis devenu sans-abri, je me suis complètement effondré, ça a été terrible. Aujourd'hui, je

m'en sors, j'ai repris mes activités créatives. Mon dernier projet consiste à réfléchir aux moments décisifs, aux tournants, et à ce qui les rend possibles, et à évaluer les tournants de ma carrière artistique, à examiner de nouveaux matériaux, à réfléchir à la « nouveauté » et à me demander quels sont ces moments qui peuvent changer une vie. Je vais de l'avant. J'ai obtenu des subventions et j'ai lancé de nouveaux projets, alors j'ai l'impression de m'éloigner de ces deux années et demie terribles.



Outre de nombreuses stratégies de protection de la santé, les participant·es à l'enquête et au groupe de discussion ont cité l'optimisme comme faisant partie des « bons côtés » de la pandémie (par exemple : iels ont appris à recadrer les situations négatives et/ou se concentrer sur un élément positif d'une situation donnée). Par exemple, Sam (PGD) a fait part de son émotion :



J'ai trouvé que la pandémie, aussi horrible qu'elle ait été, a été un magnifique catalyseur pour l'exploration du genre. Je ne craignais pas le jugement ou la perception que les autres avaient de moi. En tant que personne plutôt masculine, mais qui est née dans un corps de femme, c'était génial de pouvoir porter des vêtements dans lesquels je me sentais bien, sans la peur du jugement ou l'anxiété de me sentir observé·e [...] Je pense que c'était un changement important pour comprendre que mon malaise n'était pas lié au fait d'être trans, non conforme au genre ou masculin·e, mais au jugement de la société sur ces facettes de mon identité.



Zack (PGD) a également noté un changement positif qui a coïncidé avec la pandémie :



Avant la pandémie, je ne pensais pas trop à ma santé mentale [...]. Je suis assez extraverti ; je tire une grande partie de mon énergie des interactions sociales. Dès qu'elles ont cessé, je ne me suis pas tant focalisé sur ma santé mentale que sur mon bien-être holistique. J'ai commencé à faire du yoga et de la méditation. Certes, la pandémie a été difficile, car je me suis retrouvé isolé socialement, mais ce que je retiens surtout, c'est qu'aujourd'hui, je me sens beaucoup plus à l'aise seul que je ne l'ai jamais été auparavant.



Une femme lesbienne vivant dans une zone urbaine de l'Ontario (RE) a également indiqué que sa santé mentale s'était améliorée au cours de la pandémie, en grande partie grâce au fait qu'elle a affirmé son homosexualité, et à ses relations sociales de soutien :



Depuis le début de la pandémie, on parle beaucoup plus de santé mentale, ce qui est une bonne chose. Cependant, c'est aussi intéressant pour moi parce que ma santé mentale a été assez stable et forte tout au long de la pandémie [...] Maintenant que je m'affirme, que je suis soutenue par les personnes dans ma vie et que je suis dans une relation saine avec une partenaire qui me soutient, je ne me sens pas isolée. Ma santé mentale a été bien meilleure pendant la pandémie qu'elle ne l'a été pendant les années précédentes. Ça me fait comprendre à quel point les déterminants sociaux de la santé sont importants et à quel point les ressources, l'amour et le soutien peuvent avoir un impact positif sur la santé mentale.



Pour certaines personnes, la pandémie a également catalysé des comportements favorables à la santé. Une personne [dont le sexe et l'identité sexuelle ne sont pas précisés] vivant dans une zone urbaine de l'Ontario (RE) a

affirmé qu'elle préparait davantage de plats maison et avait rétabli certaines de ses relations :



Je mange mieux et je cuisine davantage à la maison, [plutôt] que de manger de la restauration rapide ou dans des restaurants [...] Je me suis rapproché·e de ma famille et de mes ami·es proches. Par exemple, nous avons organisé des livraisons de nourriture pour des ami·es qui avaient la COVID-19 et qui étaient isolé·es. Lorsque mon frère a été hospitalisé pendant deux semaines à cause de la COVID-19, j'ai parlé avec lui et sa famille, et j'ai organisé des activités pour les aider, ce qui nous a rapproché·es.



Les fournisseur·euses de services ont souvent noté que les services virtuels de télésanté avaient rendu les soins de santé mentale plus accessibles à de nombreux·euses patient·es. C'est particulièrement vrai pour les personnes qui travaillent dans des régions nordiques, rurales et éloignées.

Bien que les stratégies de résilience, d'adaptation et de recadrage mises en évidence par nos participant·es soient prometteuses, il convient de rappeler que la pandémie continue d'intensifier les sentiments de stress et d'épuisement personnel et professionnel, qui viennent s'ajouter au stress minoritaire auquel les personnes 2SLGBTQI sont déjà confrontées.

## **Expériences des fournisseur·euses de services**

Nos recherches ont révélé que la pandémie en cours pose également de nombreux défis aux fournisseur·euses de soins de santé (surtout les fournisseur·euses 2SLGBTQI) pour répondre aux besoins des demandeur·euses 2SLGBTQI de soins et de services. Ces défis comprennent le manque de ressources et la tension liée à la prise en charge de patient·es dont les besoins peuvent dépasser leur champ de pratique, en raison d'un manque de fournisseur·euses de services adaptés à ces personnes, comme l'illustre

la citation suivante de Cori, fournisseur·euse de services queer travaillant en Ontario (RE/PGD) :



J'ai l'impression d'être sur un petit îlot de soutien avec mes patient·es, mais en dehors de cela, il y a si peu de ressources dédiées aux personnes confrontées à de multiples expériences de marginalisation [...] Beaucoup de mes patient·es ont été traumatisé·es par des thérapeutes cis dans le passé, et lorsque je travaille avec ces personnes, je me sens vraiment impuissant·e face au système. Ces thérapeutes n'ont pas les connaissances nécessaires, et comme il n'y a pas de services vers lesquels les orienter, iels viennent me voir pour me présenter des problèmes qui dépassent largement mon champ d'action, des problèmes que je ne me sens pas à l'aise de gérer. Je me demande alors dans quelle mesure je respecte des patient·es lorsqu'iels me disent : « Je me reconnais en vous et c'est tout ce dont j'ai besoin ». Je devrais plutôt leur expliquer : « Je n'ai pas les compétences nécessaires pour répondre à ce problème spécifique, et il n'existe aucun endroit où vous puissiez être reconnu·e et obtenir le soutien dont vous avez besoin. » Mes choix sont limités. **Ou je leur répons : « Désolé·e , mais je ne peux pas » sans les orienter vers quelqu'un d'autre, soit j'accepte de traiter un problème qui n'est pas dans mon champ d'action. Il n'existe pas d'autre option.** (emphase ajoutée)



Il y a d'autres défis comme les longues listes d'attente et le maintien de limites personnelles dans les efforts de gestion du traumatisme indirect, comme l'a écrit une femme bisexuelle/queer/lesbienne genderqueer vivant dans une zone urbaine du Québec (FS/RE) :



En tant que professionnelle de la santé mentale, j'ai été accablée par la souffrance dont j'ai été témoin, par les difficultés de mes patient·es à

accéder aux soins (car je m'inquiétais pour leur cas, mais aussi, car j'ai été beaucoup plus sollicitée par des patient-es qui n'avaient pas accès à d'autres formes de soutien), par mes listes d'attente (j'ai dû refuser de voir de nombreuses personnes qui avaient besoin d'aide), et par le fait de devoir gérer mon temps prudemment pour m'assurer que ma pratique reste viable.



Chantelle, une conseillère queer travaillant dans une région rurale de l'Ontario (RS/PGD), nous a parlé de son approche tenant compte des traumatismes, qui implique une réflexion critique sur les approches biomédicales traditionnelles des soins de santé mentale :



Contrairement à l'approche que j'emploie avec mes patient-es cis et hétéro, je dépathologiserais une grande partie de leurs symptômes, parce qu'**on nous dit toujours que le problème vient de nous, que nous sommes pathologisés. J'aimerais que l'on change de perspective, car les choses que ces personnes ressentent sont souvent des symptômes liés à l'oppression et au manque de sécurité.** Ces personnes ont souvent subi un traumatisme. Je les aide à extrapoler cette pathologisation coloniale individualiste et à se libérer du système médical traditionnel, car ce n'est pas un monde où iels se sentent en sécurité [...] Pendant la pandémie, j'ai aussi commencé à aider la communauté à comprendre qu'il y a beaucoup de choses politiques qui se passent qui sont vraiment néfastes pour les personnes transgenres en particulier. J'ai abordé des traumatismes au niveau global qui se reflètent au niveau des politiques. On parle beaucoup de pratiques anti-oppressives, de choses anticapitalistes, d'homophobie intériorisée, donc on a plus de discussions politiques et de dépolitisation de soi. (emphase ajoutée)



Joelle, thérapeute queer travaillant à Terre-Neuve-et-Labrador (FS/PGD), a discuté de l'importance d'adopter une approche basée sur les déterminants sociaux de la santé dans le domaine des soins de santé mentale :



Pour ce qui est du soutien, d'après mon expérience, surtout en ce qui concerne la communauté transgenre, il y a tellement de problèmes concomitants qui sont associés à l'injustice et à l'oppression que vivent ces personnes. Je pense qu'il faudrait plus d'aides au logement, de services d'emploi, d'aides alimentaires. Ce genre de choses m'aiderait à mieux soutenir mes patient·es. En effet, j'ai travaillé avec des personnes qui, du fait de leur transition, ont perdu leur emploi et sont devenues sans-abri. Je pense donc qu'il serait utile d'être en mesure d'identifier comment nous pouvons aider ces personnes à surmonter ces autres injustices sociales et systémiques.



# Recommandations

Compte tenu de l'augmentation de la demande de services de santé mentale et des lacunes persistantes dans la prestation de services et la qualité des soins pour les personnes 2SLGBTQI, il est impératif que les services de santé mentale et les services sociaux connexes s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé mentale. Ainsi, les participant·es ont proposé plusieurs recommandations sur la façon d'améliorer les soins de santé mentale pour les personnes 2SLGBTQI afin de mieux répondre à leurs besoins divers. Nous avons regroupé ces recommandations en cinq catégories principales : changements structurels, accessibilité, représentation, intersectionnalité et responsabilité.

## Changements structurels

- Mettre fin aux approches cloisonnées des soins de santé mentale en reliant les services de soins de santé mentale et les fournisseur·euses individuel·les aux organisations communautaires qui font déjà un excellent travail sur le terrain.
- Mettre en œuvre des changements structurels dans le système de soins de santé mentale, afin que l'inclusion ne dépende pas seulement des praticien·nes et que les fournisseur·euses de services représentent les communautés qu'ils servent. Les changements structurels suggérés sont les suivants :
  - Augmenter le nombre d'infirmier·ères psychiatriques, de travailleur·euses sociaux·ales, de psychologues, de psychiatres et de pair·es aidant·es.
  - S'attaquer aux obstacles structurels tels que les coupes budgétaires ou le manque de soutien des administrateur·trices ou des superviseur·euses en impliquant les décideur·euses politiques et les responsables dans les initiatives de formation et d'éducation.
- Augmenter le financement des organisations communautaires 2SLGBTQI.

## Accessibilité

- Offrir des soins de santé mentale gratuits ou plus abordables pour aider à gérer le stress causé par la pandémie actuelle, la discrimination et d'autres facteurs de stress.
- Inciter davantage de fournisseur·euses de services 2SLGBTQI à travailler avec les communautés rurales, éloignées et nordiques.
- Reconnaître et surmonter les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale auxquels se heurtent les personnes 2SLGBTQI dans les régions rurales, éloignées et nordiques, en raison de leur visibilité accrue et du manque de ressources.
- Souligner et prendre en compte la nécessité d'un accès continu et à long terme à la thérapie ou au counselling, par opposition à des séances uniques ou à un nombre limité de séances pour un problème ou une crise spécifique. Ceci est particulièrement important pour les services de santé mentale fournis par des systèmes financés par l'État.
- Supprimer les taxes fédérales ou provinciales pour certains types de praticien·nes afin de réduire le coût de leurs services et de les rendre plus accessibles aux personnes 2SLGBTQI demandeuses de services.

## Améliorer la représentation

- Responsabiliser les organes de gouvernance professionnelle concernant les pratiques discriminatoires qui empêchent les personnes marginalisées d'occuper ces postes (par exemple : frais de supervision et examens prohibitifs).
- S'attaquer à d'autres obstacles et facteurs qui empêchent les fournisseur·euses de services marginalisés sur le plan intersectionnel d'entrer dans leur domaine d'activité ou qui les poussent à en sortir :
  - Par exemple, encourager la communication et le soutien de la part d'autres fournisseur·euses de services travaillant avec des personnes 2SLGBTQI et développer des communautés de pratique parmi les fournisseur·euses de services 2SLGBTQI, pour lutter contre l'isolement et l'épuisement professionnel.

## Répondre à un plus large éventail de besoins et d'expériences par des approches intersectionnelles

- Dans le cadre de la formation, de l'éducation et de la mise en œuvre des enseignements, aller au-delà des principes de base et travailler sur les obstacles structurels et systémiques aux soins auxquels les personnes 2SLGBTQI sont confrontées (par exemple : la transphobie, le racisme, le capacitisme).
- Aborder les soins de santé mentale d'une manière explicitement intersectionnelle, tenant compte des traumatismes, antiraciste et anti-oppressive, qui réponde activement aux préjudices causés par le colonialisme et le racisme structurel.
- Répondre aux besoins et aux expériences des demandeur·euses de services autochtones et contribuer aux efforts de réconciliation en critiquant et en démantelant les approches coloniales des soins de santé mentale (cela devrait inclure, sans s'y limiter, un travail sur les relations et la confiance, une collaboration avec les fournisseur·euses de soins de santé mentale autochtones pour développer des voies d'orientation significatives, une formation sur la compréhension et les approches autochtones des problèmes de santé mentale, du bien-être et de la guérison, et un démantèlement actif du racisme envers les Autochtones dans les établissements de soins de santé mentale).
- Dans le cadre de la formation et de la prestation de soins de santé mentale, mettre en œuvre des approches intersectionnelles en tenant compte du fait que les besoins des demandeur·euses de soins 2SLGBTQI évoluent au cours de la vie et dépendent de nombreux facteurs, notamment du genre, de l'orientation sexuelle, de la situation géographique, de l'appartenance ethnique, des revenus et du handicap. (En particulier, utiliser la théorie de l'intersectionnalité pour comprendre la complexité des identités des personnes au-delà de leurs identités sexuelles et de genre).

- Mettre en avant les points forts des patient-es lors des formations et de la prestation de soins de santé mentale, afin de lutter contre les récits pathologisants qui ont historiquement gouverné l'approche des disciplines de santé mentale à l'égard des personnes 2SLGBTQI.
- Offrir plus de soutien et d'éducation aux personnes âgées et aux personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée qui sont membres de la communauté 2SLGBTQI.
- Fournir un soutien en matière de santé mentale dans les refuges et les services d'avortement (en particulier pour les personnes trans et non binaires en quête de soins).

## Responsabilité

- Rendre obligatoire la formation aux enjeux 2SLGBTQI, car actuellement, les personnes qui se forment à ce sujet choisissent de le faire sur leur temps libre. Les fournisseur-euses devraient pouvoir recevoir des formations obligatoires de la part d'organisations ou d'institutions, ou à minima, avoir accès à un ensemble structuré de pratiques prometteuses pour garantir des services respectueux des personnes 2SLGBTQI.
- Proposer aux fournisseur-euses de services un apprentissage continu et/ou prolongé sur les pratiques respectueuses, en particulier pour les fournisseur-euses qui exercent depuis longtemps.
- Dans le cadre des initiatives de formation et d'éducation, prévoir des évaluations complètes pour mesurer les actions mises en œuvre sur le lieu de travail ou dans les pratiques et leurs approches des fournisseur-euses de services au fil du temps.

# Conclusion

Ce rapport donne un aperçu du point de vue des personnes 2SLGBTQI de tout le Canada au sujet de leurs expériences en matière de santé mentale, de leurs besoins et de leurs recommandations d'amélioration dans le contexte de la pandémie actuelle. Nous avons également offert un aperçu des expériences des fournisseur·euses de services de santé mentale 2SLGBTQI et allié·es, ainsi que des défis à relever pour soutenir les personnes 2SLGBTQI.

Les expériences des participant·es à la recherche témoignent de l'impact considérable de la pandémie sur divers déterminants sociaux de la santé mentale, notamment l'accès aux soins de santé mentale et aux soins médicaux, le soutien social, l'emploi, les revenus, la sécurité alimentaire et le logement. Dans chacun de ces domaines, les personnes 2SLGBTQI sont confrontées à des défis distincts résultant de l'homophobie, de la transphobie et du cishétérosexisme, tant au niveau structurel qu'interpersonnel. Ces défis concernent particulièrement les personnes marginalisées de manière intersectionnelle, y compris les personnes 2SLGBTQI racialisées, vivant avec un handicap ou confrontées à la pauvreté et à des difficultés économiques. Les fournisseur·euses de services, en particulier les fournisseur·euses 2SLGBTQI, font également face à des problèmes tels que l'épuisement professionnel, le traumatisme indirect et la précarité financière, qui nécessitent des solutions adaptées.

Les expériences et les recommandations détaillées dans ce rapport soulignent le besoin pressant de recherche, de formation, d'initiatives éducatives et de plaidoyer ancrés dans des approches intersectionnelles, holistiques, anti-oppressives et informées des traumatismes de la santé mentale des personnes 2SLGBTQI. En effet, « adapter le soutien en santé mentale pour les personnes queer » exige des changements fondamentaux dans la façon de répondre aux besoins de santé mentale et de soins de santé des personnes 2SLGBTQI à travers le Canada. Ces changements impliquent :

- D'aborder les problèmes de santé mentale comme un problème social plutôt que comme un problème individuel.
- De reconnaître et remédier aux préjudices causés par les approches biomédicales et privatisées des soins de santé mentale.
- De combler les graves lacunes en matière de formation et de prestation de services en écoutant les voix de la communauté et les besoins émergents au lieu de maintenir le statu quo.
- De démanteler les obstacles aux soins de santé mentale et autres sources de stress pour les minorités (par exemple : la stigmatisation et la discrimination anti-2SLGBTQI).
- De faciliter l'accès des demandeur·euses de services aux ressources individuelles et communautaires de soutien, de résilience et de libération.

Ces changements permettront non seulement de s'assurer que les personnes 2SLGBTQI reçoivent les soins de santé mentale et les services connexes positifs et inclusifs dont elles ont besoin, mais aussi de soutenir les fournisseur·euses de services 2SLGBTQI et allié·es dans leur travail de prise en charge des problèmes de santé mentale qui ont connu une hausse à la suite de la pandémie de COVID-19.

# Références

- Abbas, J. (2022). *Rooting resilience: Women, girls, and non-binary people with disabilities and the National Action Plan to End Gender-Based Violence*. [https://dawnCanada.net/media/uploads/page\\_data/page-64/DAWN\\_Canada\\_Recommendations\\_for\\_the\\_NAP\\_to\\_end\\_GBV.pdf](https://dawnCanada.net/media/uploads/page_data/page-64/DAWN_Canada_Recommendations_for_the_NAP_to_end_GBV.pdf)
- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgas, I., Wange, Y., & Alvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: Where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 95. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- Bettergarcia, J., Matsuno, E., & Conover, K. J. (2021). Training mental health providers in queer-affirming care: A systematic review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(3), 365–377. <https://doi.org/10.1037/sgd0000514>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can «thematic analysis» offer health and wellbeing researchers?. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Free Press.
- Canadian Mental Health Association. (2021). *Housing and mental health*. <https://ontario.cmha.ca/documents/housing-and-mental-health/>
- Crenshaw, K. (1991). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and anti-racist politics. In K. T. Bartlett & R. Kennedy (Eds.), *Feminist legal theory: Readings in law and gender* (pp. 57–80). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429500480>
- Curlew, A. (2019, August 20). Transgender hate crimes are on the rise even in Canada. *The Conversation*. <https://theconversation.com/transgender-hate-crimes-are-on-the-rise-even-in-canada-121541>
- Egale Canada, African Canadian Civic Engagement Council, & Innovative Research Group. (2020). *Impact of COVID-19 on Canada's LGBTQI2S Community: 2nd National Report*. <https://egale.ca/egale-in-action/covid19-impact2/>

Egale Canada & Innovative Research Group. (2020). *Impact of COVID-19: Canada's LGBTQI2S community in focus*. <https://egale.ca/wp-content/uploads/2020/04/Impact-of-COVID-19-Canada%E2%80%99s-LGBTQI2S-Community-in-Focus-2020-04-06.pdf>

Gonzales, G., Mola, E., Gavulic, K., McKay, T., & Purcell, C. (2020). Mental health needs among lesbian, gay, bisexual, and transgender college students during the covid-19 pandemic. *Journal of Adolescent Health, 67*(3), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.006>

Hoy-Ellis, C. P. (2023). Minority stress and mental health: A review of the literature. *Journal of Homosexuality, 70*(5), 806–830. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2004794>

Jenkins, E. K., McAuliffe, C., Hirani, S., Richardson, C., Thomson, K. C., McGuinness, L., Morris, J., Kousoulis, A. & Gadermann, A. (2021). A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Preventive Medicine, 145*, 106333. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106333>

Kia, H., Robinson, M., MacKay, J., & Ross, L. E. (2020). Poverty in lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and two-spirit (LGBTQ2S+) populations in Canada: An intersectional review of the literature. *Journal of Poverty and Social Justice, 28*(1), 21–54. <https://doi.org/10.1332/175982719X15687180682342>

Kia, H., Robinson, M., MacKay, J., & Ross, L.E. (2021). Poverty in lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, two-spirit, and other sexual and gender minority (LGBTQ2S+) communities in Canada: Implications for social work practice. *Research on Social Work Practice, 31*(6), 584–598. <https://doi.org/10.1177/1049731521996814>

Kunzel, R. (2017). Queer history, mad history, and the politics of health. *American Quarterly, 69*(2), 315–319. <https://doi.org/10.1353/aq.2017.0026>

Levenson, J. S., Craig, S. L., & Austin, A. (2023). Trauma-informed and affirmative mental health practices with LGBTQ+ clients. *Psychological Services, 20*(Suppl 1), 134–144. <https://doi.org/10.1037/ser0000540>

- Mead, S. & MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29–37. [https://www.peerzone.org/wp-content/uploads/2021/12/Peer\\_Support\\_What\\_Makes\\_it\\_Unique\\_Mead.pdf](https://www.peerzone.org/wp-content/uploads/2021/12/Peer_Support_What_Makes_it_Unique_Mead.pdf)
- Mental Health Research Canada. (February 2023). *Understanding the mental health of Canadians through COVID-19 and beyond: Poll #15*. <https://static1.squarespace.com/static/5f31a311d93d0f2e28aaf04a/t/63f77e0f69db2134f34a4f3a/1677164048777/Full-+MHRC+Mental+Health+During+COVID+Poll+15+Report.pdf>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Newbigging, K., & Ridley, J. (2018). Epistemic struggles: The role of advocacy in promoting epistemic justice and rights in mental health. *Social Science & Medicine*, 219, 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.003>
- Pilling, M., Howison, M., Frederick, T., Ross, L., Bellamy, C. D., Davidson, L., McKenzie, K., & Kidd, S. A. (2017). Fragmented inclusion: Community participation and lesbian, gay, bisexual, trans, and queer people with diagnoses of schizophrenia and bipolar. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(5), 606–613. <https://doi.org/10.1037/ort0000215>
- Pilling, M. (2022). *Queer and trans madness: Struggles for social justice*. Palgrave MacMillan.
- Platt, L. F., Wolf, J. K., & Scheitle, C. P. (2018). Patterns of mental health care utilization among sexual orientation minority groups. *Journal of Homosexuality*, 65(2), 135–153. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1311552>
- Ravitch, S. M., & Riggan, M. (2017). *Reason & rigor: How theoretical frameworks guide*. Sage.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Rollston, R. & Galea, S. (2020). *COVID-19 and the social determinants of health*. Sage.

- Romanelli, M. & Hudson, K. (2017). Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(6), 714-728. <https://doi.org/10.1037/ort0000306>
- Sherman, A. D., Clark, K. D., Robinson, K., Noorani, T., & Poteat, T. (2020). Trans\* community connection, health, and well-being: A systematic review. *LGBT Health*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0014>
- Statistics Canada. (2022). *Table 11-10-0241-01 Low income cut-offs (LICOs) before and after tax by community size and family size, in current dollars*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1110024101>
- Steele, L. S., Daley, A., Curling, D., Gibson, M. F., Green, D. C., Williams, C. C., & Ross, L. E. (2017). LGBT identity, untreated depression, and unmet need for mental health services by sexual minority women and trans-identified people. *Journal of Women's Health*, 26(2), 116-127. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5677>
- Tam, M. W., Pilling, M. D., MacKay, J. M., Gos, W. G., Keating, L., & Ross, L. E. (2022). Development and implementation of a 2SLGBTQ+ competent trauma-informed care intervention. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 1-25. <https://doi.org/10.1080/19359705.2022.2141936>
- Walubita, T., Beccia, A. L., Boama-Nyarko, E., Ding, E. Y., Ferrucci, K. A., & Jesdale, B. M. (2022). Complicating narratives of sexual minority mental health: An intersectional analysis of frequent mental distress at the intersection of sexual orientation, gender identity, and race/ethnicity. *LGBT Health*, 9(3), 1-8. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0099>
- Williams, D.R., Neighbors, H.W., & Jackson, J.S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93, 200-208. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.93.2.200>
- Wilson, C. (2013, July 24). *The neurobiology of trauma for beginners: What every practitioner needs to know* [Webinar]. Office for Victims of Crime. <https://www.train.org/main/course/1086126/>

Women and Gender Equality Canada. (2022). What is gender-based violence? <https://women-gender-equality.canada.ca/en/gender-based-violence-knowledge-centre/about-gender-based-violence.html?wbdisable=true>

World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf)

# Egale



Suite 217-120 rue Carlton,  
Toronto, ON. M5A 4K2



(416) 964-7887



[research@egale.ca](mailto:research@egale.ca)



[egale.ca](http://egale.ca)