

## Expériences et besoins en matière d'accès aux soins de santé des femmes, des personnes trans et non binares LBQ au Canada

Rapport de Recherche



Octobre 2023



# Reconnaissance du territoire

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 le 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, dépourvu 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.

# Auteur·rices et collaborateur·rices

## Auteur·rices

Brittany A. E. Jakubiec, PhD, Egale Canada

Celeste Pang, PhD, Egale Canada, Mount Royal University

Kim Seida, Egale Canada

## Collaborateur·rices

Tharuna Abbu

Bre Calma, Rainbow Resource Centre

Kae Campbell

Leah Carrier

Christian Corbet

Garry Dart, prideHealth

Jess Fisher, OUTSaskatoon

Jacque Gahagan, Mount Saint Vincent University

J. Garrett-Walker, University of Toronto

Taylor Lakhryst

Carmen Logie, University of Toronto

Notisha Massaquoi, University of Toronto Scarborough

Claire Robson, Simon Fraser University

Ash Rush

Jaisie Walker, Planned Parenthood Ottawa

Anu Radha Verma, CBRC

Mila Roisin

Tai Vo

Nous tenons également à remercier tou·tes les autres contributeurs·rices et sommes immensément reconnaissant·es envers tou·tes les participant·es qui ont si généreusement partagé leur temps et leurs idées.

Le projet est financé par une subvention du Fonds d'action intersectorielle de l'Agence de la santé publique du Canada.



Public Health  
Agency of Canada

Agence de la santé  
publique du Canada

ISBN: 978-1-7389331-3-6

© 2023 Egale Canada

# Table des Matières

Glossaire .....	7
Introduction .....	9
Méthodologie.....	11
Approche collaborative .....	11
Recrutement des participant·es .....	12
Données démographiques.....	14
Résultats .....	16
Stratégies d'accès aux soins .....	16
L'accès aux soins primaires .....	28
Soins de santé sexuelle et reproductive .....	39
Soins de santé liés à l'affirmation de genre et à la transition pour les personnes trans et les personnes non binaires .....	52
Soins de santé mentale.....	63
Médecine complémentaire et entraide.....	75
Recommandations .....	78
Conclusion .....	83
Références .....	85

# Glossaire

**2SLGBTQI:** Bispirituel·le, lesbienne, gai·e, bissexuel·le, trans, queer, (en) questionnement, intersexe. La liste d'acronymes commence par le terme Bispirituel·le afin de reconnaître la présence des personnes bispirituelles et autochtones sur l'Île de la Tortue, ainsi que l'effacement des personnes bispirituelles par le colonialisme et les organisations queer dominantes. Pour une liste complète des termes 2SLGBTQI et de leurs définitions, veuillez consulter la page suivante: <https://egale.ca/awareness/terms-and-definitions/>

**Capacitisme:** Discrimination et exclusion fondées sur les capacités d'une personne (mentales, neurologiques, intellectuelles, émotionnelles et/ou physiques) ainsi que sur sa productivité. Cette discrimination se manifeste souvent sous forme de stigmatisation sociale et de maintien des obstacles physiques et systémiques aux ressources et aux opportunités.

**Âgisme:** Discrimination et exclusion fondées sur l'âge d'une personne, notamment lorsqu'elle est jugée particulièrement jeune ou particulièrement âgée. L'âgisme a tendance à se manifester lorsque cela profite aux adultes en âge de travailler.

**Grossophobie:** Peur, haine ou mépris des personnes grosses, et stigmatisation des personnes ayant des corps plus gros. La grossophobie se manifeste souvent dans l'idée que les corps gros ont besoin de correction ou de discipline.

**Racisme:** Idées ou pratiques qui instaurent, maintiennent ou perpétuent la supériorité ou la dominance raciale d'un groupe sur un autre.

**Classisme:** Croyance selon laquelle la position sociale ou économique d'une personne dans la société détermine sa valeur dans cette société. Le classisme désigne également les comportements qui reflètent cette croyance, tels que les préjugés ou la discrimination fondés sur la classe ou la position socio-économique.



**Sexisme:** Préjugés et discrimination à l'encontre de personnes en raison de leur sexe ou de leur genre, souvent fondés sur la croyance que la suprématie masculine est un fait naturel et que les différences biologiques des caractéristiques sexuelles peuvent et doivent dicter le statut social et les rôles des hommes et des femmes (Krieger, 2020).

**Hétérosexisme:** Préjugés et discrimination en faveur de l'hétérosexualité. L'hétérosexisme, c'est notamment partir du principe que tout le monde est hétérosexuel·le. Cela produit des obstacles auxquels doit faire face toute personne qui ne contribue pas au maintien des attentes dominantes liées à l'hétérosexualité.

**Cishétérosexisme:** Discrimination située à l'intersection du cissexisme et de l'hétérosexisme, qui privilégie les normes et les identités cisgenres et hétérosexuelles en sanctionnant toute personne qui ne contribue pas au maintien de ces normes.

**Cishétéronormativité:** Ensemble d'hypothèses, de normes, d'attentes et de croyances sociétales centrées sur les expériences cisgenres et hétérosexuelles. Ces croyances et pratiques perpétuent le privilège de l'hétérosexualité et des identités cisgenres binaires, et conduisent à des stéréotypes et à un contrôle des personnes, des normes de beauté et des relations pour les personnes et les communautés 2SLGBTQI.

**Pathologiser:** Le fait de pathologiser signifie traiter les gens différemment ou classer mentalement une personne comme anormale sur la base de stéréotypes, de stigmates ou de préjugés. La pathologisation peut se référer à des symptômes médicaux ou psychologiques, à l'apparence physique ou à la position sociale d'une personne.



# Introduction

Quelles sont les priorités des femmes, des personnes trans et des personnes non-binaires lesbiennes, bi+<sup>1</sup> ou queer en termes de santé et d'accès aux soins de santé au Canada? Quelles actions peuvent être mises en place dans différents secteurs pour traiter ces priorités?

Le Canada fournit des efforts pour permettre et maintenir l'accès aux soins de santé pour les personnes 2SLGBTQI, et ce depuis longtemps. Qu'il s'agisse des efforts pour décriminaliser et dépathologiser l'homosexualité, de l'organisation de l'accès aux soins et aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida, de la lutte pour des soins d'affirmation de genre et plus encore, nous savons qu'il n'est pas facile de garantir des soins équitables pour les communautés 2SLGBTQI au Canada. Bien que d'importants progrès aient été réalisés, il reste encore beaucoup à faire pour garantir un accès équitable aux soins de santé à toutes les personnes 2SLGBTQI. Cela inclut les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires lesbiennes, bi+ et queer (ci-après « LBQ ») qui cherchent à se faire soigner dans tous les secteurs de soins.

Le rejet et l'invalidation des préoccupations et des problèmes de santé des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ sont enracinés dans de multiples dynamiques sociales et systèmes d'oppression, notamment les préjugés sexistes à l'égard des femmes (également appelé sexisme) (DiGiacomo et al., 2015) et à l'égard des personnes trans et des personnes non binaires (ci-après, TNB) (également appelé cissexisme) (Kattari et al., 2015). Des études canadiennes ont dévoilé les obstacles uniques auxquels les femmes LBQ sont confrontées dans l'accès aux soins dans tous les secteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les soins à domicile (Grigorovich, 2015), les soins de santé sexuelle et reproductive (Flander et al., 2017; Tam, 2021; Yager et al., 2022), et les soins et le soutien en lien avec le VIH (Logie et al., 2012). Ces études ont analysé les différentes pratiques de divulgation et de navigation que les femmes, les

<sup>1</sup> Nous avons utilisé le terme « bi+ » dans les documents de recrutement de l'étude comme un terme générique pour signifier les identités plurisexuelles (par exemple, bisexuel·le, pansexuel·le, queer, sexuellement fluide, omnisexuel·le, etc.)

personnes trans et les personnes non-binaires LBQ adoptent dans les milieux médicaux (voir également Fredericks et al., 2017). Peu de recherches ont abordé les expériences d'accès aux soins de santé des personnes LBQ non binaires (Burchell et al., 2023), mais des études canadiennes ont démontré comment les personnes trans LBQ sont confrontées à de nombreux obstacles aux soins de santé, notamment le manque de prestataires compétent·es, le refus de prodiguer des soins de santé et le refus d'approuver les traitements hormonaux ou les soins d'affirmation de genre (Gahagan & Subirana-Maleret, 2018; Giblon & Bauer, 2017).

L'ensemble de ces recherches montre que les expériences en matière de soins de santé des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ sont souvent caractérisées par des suppositions et des jugements. En effet, le terme « santé » peut être considéré comme étant basé sur les jugements de valeur et des hiérarchies (Metzl, 2010), et lié à des idéologies capacitistes, racistes et classistes qui ciblent les communautés de personnes handicapées, neurodivergentes, grosses, pauvres, autochtones, noires, immigrées et racialisées, entre autres (voir Andrews et al., 2021; Berlant 2007). Malgré les efforts déployés par certain·es professionnel·les de la santé et éducateur·rices, et malgré d'importantes recherches et initiatives de coalition communautaire, les besoins des personnes 2SLGBTQI en matière de santé ne sont toujours pas satisfaits et les perspectives et les priorités des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ ne sont généralement pas entendues.

À ces fins, et en s'appuyant sur la recherche fondamentale et les approches intersectionnelles critiques, l'objectif du projet de recherche Agir en se connectant était d'en apprendre davantage sur les expériences d'accès aux soins de santé des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ au Canada et d'élargir les perspectives et les priorités concernant les changements structurels et systémiques dans tous les secteurs de soins. Pour ce faire, en 2022-2023, nous avons formé et engagé trois comités consultatifs, et mené des groupes de discussion et des entretiens avec 35 femmes,

personnes trans et personnes non binaires LBQ vivant dans des zones urbaines, rurales et suburbaines à travers le Canada. Les participant·es aux groupes de discussion et aux entretiens étaient des femmes, des personnes trans et des personnes non-binaires LBQ âgées de 18 à 69 ans, originaires de neuf provinces et représentant un éventail d'identités de genre et de sexualités. Dix-neuf participant·es étaient noir·es, autochtones et/ou de couleur, et 16 étaient blanc·hes. La plupart des participant·es (27 sur 35) étaient né·es au Canada, tandis que huit étaient né·es à l'étranger.

Le présent rapport fournit un résumé global des résultats de la recherche et des recommandations en matière de changements et d'actions collectives. Il est divisé en trois parties : dans la partie [Méthodologie](#), nous décrivons le processus de recherche ; dans la partie [Résultats](#), nous soulignons les expériences et les perspectives des participant·es et les discutons ; et dans la partie [Recommandations](#), nous fournissons des recommandations sommaires pour l'éducation et la formation des professionnel·les de la santé, sur les changements à apporter aux systèmes de santé, ainsi que les actions intersectorielles nécessaires afin d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ au Canada.

## Méthodologie

### Approche collaborative

Le projet de recherche Agir en se connectant a été initié, conçu et mené par, avec et pour les femmes, les personnes trans et les personnes non-binaires, les conseiller·ères et les collaborateur·rices LBQ qui dirigent les recherches. Les expériences vécues et les connaissances de l'équipe ont façonné et fondé l'orientation de la recherche, la manière dont nous avons collaboré avec les participant·es, la manière dont nous avons interprété les résultats de la recherche, ainsi que nos approches et notre engagement à mobiliser ces résultats.

La recherche a été dirigée par Brittany Jakubiec, PhD, Celeste Pang, PhD, et Kim Seida. De 2022 à 2023, nous avons fait appel à trois comités consultatifs qui ont apporté leur expertise et leur contribution à l'étude. Nous avons travaillé avec un comité consultatif d'universitaires (composé de cinq chercheur·euses universitaires et communautaires), un comité consultatif communautaire (composé de dix membres de la communauté s'identifiant comme des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ) et d'une communauté de pratique sur la santé des personnes LBQ (composée de dix représentant·es d'organisations, praticien·nes et chercheur·euses indépendant·es). Les membres de ces comités ont apporté une contribution précieuse à la recherche, notamment en donnant leur avis sur les questions des groupes de discussion et en contribuant au recrutement des participant·es à l'étude. Les groupes de discussion et les entretiens en français ont été animés par la Fondation Émergence.

## **Recrutement des participant·es**

Nous avons invité des participant·es qui s'identifiaient comme des femmes, des personnes trans et/ou des personnes non binaires lesbiennes, bi+ ou queer, ou qui se retrouvaient dans ces expériences (ayant des expériences personnelles vécues dans la société en tant que personne lesbienne, bi+ ou queer), qui avaient plus de 16 ans, qui vivaient actuellement au Canada et qui étaient capables de participer à distance (par téléphone ou en ligne) en ASL, en anglais, en français ou en LSQ. Les participant·es potentiel·les ont fait part de leur intérêt en remplissant un court formulaire d'inscription sur Qualtrics (un logiciel d'enquête).

Les participant·es ont été recruté·es à l'aide de diverses méthodes, notamment par la diffusion de documents de recrutement par les comités consultatifs et les réseaux existants, par l'envoi de courriels directs aux groupes communautaires et par l'intermédiaire des plateformes de médias sociaux d'Egale. Quarante-quatre personnes ont exprimé leur intérêt à participer aux groupes de discussion, et nous avons envoyé des invitations à 17 personnes. De plus, une

fois le comité consultatif en place, nous avons envoyé des invitations à des groupes de discussion aux personnes qui avaient manifesté leur intérêt pour faire partie du comité, afin de leur proposer de participer à un groupe de discussion. Ces invitations ont été envoyées à des personnes sur la base de critères tels que la diversité des expériences, l'âge, la situation géographique (en prenant en compte les personnes vivant dans des zones rurales, urbaines ou suburbaines en banlieue) et les caractéristiques identitaires, pour contrer la sous-représentation de certains groupes dans la recherche sur la santé des personnes 2SLGBTQI.

De septembre à octobre 2022, 35 personnes ont participé à sept groupes de discussion en ligne (six en anglais, un en français) et à sept entretiens individuels (six en anglais, un en français). Les groupes de discussion ont duré entre 72 et 125 minutes, tandis que les entretiens individuels ont duré entre 26 et 85 minutes. Chaque participant·e a reçu une carte-cadeau de 50 dollars en guise de rémunération. Les discussions et les entretiens étaient basés sur les questions suivantes:

1. Quels seraient trois adjectifs que vous utiliseriez pour décrire votre expérience globale en matière d'accès aux soins de santé au Canada?
2. Inspirez-vous de l'un de ces mots pour nous en dire plus sur votre expérience.
3. Au cours des cinq dernières années, quels soins de santé avez-vous reçus? À quels obstacles avez-vous été confronté·e? Qu'est-ce qui s'est bien passé?
4. Selon vous, dans quelle mesure la façon dont vous vous identifiez ou la façon dont les autres vous perçoivent ont-elles exercé une influence sur votre accès aux soins de santé?
5. Comment l'accès aux soins de santé pour les femmes LBQ, les personnes trans et les personnes non binaires pourrait-il être amélioré dans votre région?

6. Aimeriez-vous que davantage de liens s'établissent entre les différents services de santé et services sociaux? Si oui, sous quelle forme?
7. En matière d'accès aux soins de santé, quelles sont vos trois priorités?

## Données démographiques

Les participant·es ( $N = 35$ ) à cette étude étaient âgé·es de 18 à 69 ans (âge moyen = 34 ans), venaient principalement de zones urbaines (voir Tableau 1) et de neuf provinces canadiennes (voir Tableau 2). Parmi les participant·es, 19 étaient autochtones, noir·es ou de couleur, tandis que 24 personnes ont déclaré avoir un handicap. La plupart des participant·es ( $n = 27$ ) étaient né·es au Canada, tandis que huit étaient né·es à l'étranger. Presque tou·tes les participant·es ( $n = 31$ ) ont décrit leur situation de logement comme sûre ou stable, et environ la moitié ( $n = 19$ ) ont décrit leur revenu comme répondant à leurs besoins. Presque tou·tes les participant·es ( $n = 32$ ) ont fait des études postsecondaires.

Les participant·es ont fourni leur propre description de leur genre et de leur orientation sexuelle et pouvaient utiliser plusieurs termes. Concernant l'identité de genre, les termes choisis étaient les suivants : femme ( $n = 15$ ) et femme cis ( $n = 3$ ), non binaire ( $n = 10$ ) et trans non binaire ( $n = 2$ ), femme trans ( $n = 2$ ) et trans masc ( $n = 3$ ) ou homme trans ( $n = 1$ ), de genre fluide ( $n = 2$ ), genderqueer ( $n = 1$ ), non conforme au genre ( $n = 1$ ), et en questionnement ( $n = 1$ ). Concernant l'orientation sexuelle, les termes choisis étaient les suivants : queer ( $n = 14$ ), bisexuel·le ( $n = 11$ ), lesbienne ( $n = 9$ ), dyke ( $n = 1$ ), attiré·e par les femmes ( $n = 1$ ), pansexuel·le ( $n = 7$ ), bispirituel·le ( $n = 2$ ), gai·e ( $n = 2$ ), homoflexible ( $n = 1$ ), ainsi que polyromantique ( $n = 1$ ), gris-asexuel·le ( $n = 2$ ), et gris-romantique ( $n = 1$ ).

Tableau 1. Représentations rurales, suburbaines et urbaines des participant·es

Zone	Nombre
Rurale	5
Suburbaine	3
Urbaine	27
<b>Total</b>	<b>35</b>

Tableau 2. Représentation des participant·e·s par province

Province	Nombre
Terre-Neuve-et-Labrador	1
Nouvelle-Écosse	4
Île-du-Prince-Édouard	1
Nouveau-Brunswick	3
Québec	6
Ontario	13
Manitoba	4
Saskatchewan	1
Colombie-Britannique	2
<b>Total</b>	<b>35</b>

Même s’il s’agit d’une étude qualitative et que l’échantillon de participant·es n’est pas nécessairement représentatif de l’ensemble des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ au Canada, cet aperçu aide à comprendre l’éventail des personnes que nous avons entendues et même celles que nous n’avons pas entendues. L’étude a toutefois des limites, telles que l’absence de représentation des territoires, une participation plus faible de personnes des Prairies, et un nombre moins élevé de personnes provenant de localités non urbaines. Cette étude présente cependant des points forts par rapport à d’autres recherches existantes dans ce domaine. Elle a l’avantage de représenter une grande diversité des genres, y compris un grand nombre de personnes non binaires, et une grande diversité ethno-raciale.

Dans les sections portant sur les résultats ci-dessous, nous avons attribué un pseudonyme à chaque participant·e, et nous fournirons une brève description lorsque nous utiliserons une citation ou relaterons l’expérience d’un·e participant·e. Pour garantir la confidentialité des participant·es, nous indiquerons certaines de leurs informations démographiques (âge, sexe, sexualité) et dissimulerons d’autres informations (origine ethno-raciale, région) lorsque nous utiliserons une citation directe. Dans cette description,



lorsque nous indiquerons de quelle région provient un·e participant·e, nous utiliserons le terme « provinces atlantiques du Canada » pour les personnes de Terre-Neuve, de Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard, afin de garantir l'anonymat des participant·es de ces régions. Lorsque nous indiquerons l'identité ethno-raciale d'un·e participant·e, nous utiliserons les termes « blanc·he » ou « PANDC » (personnes autochtones, noires et de couleur), car le fait d'indiquer la race ou l'ethnicité d'un·e participant·e en même temps que son âge, sa sexualité, son sexe, son lieu de résidence et sa citation directe pourrait mettre en péril son anonymat. Nous reconnaissons que l'utilisation de l'acronyme PANDC comme seul identifiant présente certaines limites. Nous avons choisi de l'utiliser pour préserver l'anonymat et la confidentialité des participant·es tout en fournissant à nos lecteur·rices des informations démographiques importantes pour contextualiser les perspectives et les expériences des participant·es.

Les participant·es PANDC de cette étude ont rencontré des obstacles spécifiques cumulés dans le contexte des soins de santé et de leurs interactions avec des fournisseur·euses de soins, en raison de la prévalence du racisme systémique/institutionnel et du fait que ces personnes sont perçues comme racialisées par ce système. Nous avons utilisé le terme « racialisé » pour parler des interactions néfastes au sein des systèmes de soins de santé, qui témoignent de problèmes systémiques plus larges, et nous avons expliqué les processus de formes spécifiques de discrimination (par exemple, le racisme envers les Autochtones) pour bien contextualiser les expériences des participant·es.

## Résultats

### Stratégies d'accès aux soins

Les participant·es à l'étude ont mentionné le fait qu'ils devaient employer des stratégies afin de trouver des soins et d'y accéder. Dans le présent rapport, le terme « stratégie » fait référence aux méthodes utilisées par les participant·es

pour défendre leurs intérêts ou ceux d'autres personnes dans le but d'accéder aux soins et d'améliorer la qualité et l'accès aux soins qu'ils reçoivent. Les participant·es utilisent clairement d'intenses stratégies mentales, émotionnelles et interactionnelles tout au long de ce qui est appelé « l'arc du diagnostic et du traitement » (voir également Wiegand et al., 2023), des efforts initiaux pour accéder aux soins (prédiagnostic) jusqu'aux processus de diagnostic et de traitement. Les efforts et l'épuisement ressentis par les participant·es qui souhaitaient accéder à des soins commençaient souvent avant la première rencontre avec les fournisseur·euses de soins et avaient des effets sur leur santé et leur bien-être même après la fin des rencontres médicales.

Les recherches existantes ont illustré les multiples stratégies utilisées par les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ pour défendre leurs propres besoins — ou ceux de leurs proches — face à l'invalidation, au rejet, à l'ignorance et à l'incompétence. Les stratégies spécifiques mises en évidence par des études récentes comprennent la gestion de la divulgation de l'identité, comme la dissimulation intentionnelle de l'identité pour éviter la discrimination (par exemple, Carpenter, 2021; Hoffkling et al., 2017) ou la divulgation de l'identité dans le but de corriger des hypothèses (par exemple, Soinio et al., 2019), mais aussi la défense des droits et la persistance afin de répondre à leurs besoins (Seelman & Poteat, 2020), et enfin la recherche de renseignements sur la santé en ligne (Eiduson et al., 2022).

Ces stratégies d'accès aux soins et à l'information sont une conséquence et une réponse au rejet généralisé des préoccupations et des expériences des patient·es, ainsi qu'à l'invalidation de la connaissance de soi. Dans notre étude, les participant·es ont décrit l'invalidation de leurs connaissances tirées des expériences par des phrases telles que « on ne me prend pas au sérieux », « je n'ai pas l'impression d'être pris·e au sérieux » et « je dois me battre pour qu'on me prenne au sérieux ».

Les participant·es ont estimé que le rejet dont ils ont fait l'objet était lié à l'âgisme, au racisme, au sexisme et au cissexisme, en plus de leur position

en tant que patient·e dans la dynamique de pouvoir de la rencontre entre patient·e et fournisseur·euse de soins. Historiquement, le sexisme et le cissexisme se traduisaient par des diagnostics d'« hystérie » (diagnostic popularisé au début du XXe siècle et défini comme la conversion d'une détresse émotionnelle en symptômes physiques) chez les femmes et les personnes issues de communautés marginalisées, dans le but de nier les préoccupations des patient·es en matière de santé et de les contrôler au moyen de diagnostics pathologisants (Grose, 2016). Aujourd'hui encore, les préjugés sexistes implicites et explicites influencent les comportements et les approches thérapeutiques des fournisseur·euses de soins de santé, entraînant des discriminations et renforçant les inégalités en matière de santé. Par exemple, une étude de 2018 a révélé que les médecins considèrent souvent les hommes souffrant de douleurs chroniques comme « courageux », mais les femmes souffrant de douleurs chroniques comme « hystériques » ou « émotives » (Samulowitz et al., 2018). Cette étude a également révélé que les médecins étaient plus susceptibles de traiter la douleur des femmes comme la conséquence d'un problème de santé mentale, plutôt que comme un problème physique, tandis qu'une autre enquête a révélé des croyances répandues parmi les dentistes et les médecins selon lesquelles les femmes exagéreraient leur douleur (Wesolowicz et al., 2018). Notre recherche a fait écho à ces conclusions, notamment lorsque Siobhan [une femme d'une vingtaine d'années, blanc·he, gris-asexuel·le/bissexuel·le de genre fluide, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] a partagé comment elle a dû lutter contre le rejet lorsqu'elle cherchait à obtenir un diagnostic d'endométriose:

“

Je souffre de douleurs chroniques depuis cinq ans. Je cherche maintenant à obtenir un diagnostic d'endométriose. Cela fait des années que je me bats pour cela et le plus grand obstacle est de trouver une personne qui me prenne au sérieux. Il est très, très difficile de se défendre et d'essayer d'exprimer à quel point on souffre parce que ce n'est pas qu'une chose physique [...] Je dois communiquer en permanence. Et je dois vraiment

travailler sur mes compétences en matière de communication. (Traduit de l'anglais)

”

Le rejet et l'invalidation décrits par nos participant·es peuvent être qualifiés de « détournement cognitif médical » (Fetters, 2018). Le détournement cognitif médical se manifeste généralement dans les échanges interpersonnels entre fournisseur·euses de soins de santé et patient·es, mais « il est le résultat d'idéologies profondément ancrées et largement incontestées qui sous-tendent les services de santé » (Sebring, 2021, p. 1951). Ces idéologies continuent de privilégier l'expertise biomédicale par rapport à l'expérience vécue (Sebring, 2021) et, ce faisant, effacent les personnes qui comprennent et communiquent leurs besoins en matière de santé aux prestataires à travers leur expérience vécue. De plus, le « détournement cognitif » pousse les patient·es à remettre en question leur propre expérience, à refuser des soins ou à remettre leur demande.

Certain·es participant·es, comme Annette [une femme blanche, lesbienne, d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine du Québec] Lou [blanc·he, queer/bisexual·le non binaire, d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine au Québec], ont explicitement fait le lien entre le rejet des problèmes de santé et la misogynie:

”

Bien tu sais, je vais revenir sur la misogynie. Le fait que j'aie l'air d'une femme, je sens que je suis moins pris·e au sérieux. Si j'affirme des choses à mon médecin, [...] c'est comme si les gens [ne] me croyaient pas. Peu importe [la façon dont] j'explique comment mon corps fonctionne ou comment je sais que ça [ne] va pas bien, on [ne] me croit pas. Puis c'est dur de dire si ça aurait été différent, si j'avais été perçu·e homme, mais ça me donne quand même chaque fois cette impression-là. Que peu

importe ce que je vais dire sur ma propre connaissance de mon propre corps, je suis tout le temps remis-e en doute.

”

Au-delà des préjugés sexistes, d'autres préjugés, tels que ceux liés à l'ethnicité, au handicap et à l'âge, se sont également révélés être à l'origine d'interactions et de réponses inéquitables en matière de soins de santé (White & Stubblefield-Tave, 2017 ; Marcelin et al., 2019). Les structures idéologiques qui régissent la médecine occidentale considèrent les femmes, les personnes transgenres, intersexes, handicapées, racisées et queer comme des « bio-Autres » (Sebring, 2021). Les « bio-Autres » sont des personnes considérées comme inférieures par le discours médical et scientifique (un exercice de pouvoir que Foucault [2008] appelle la « biopolitique »), par rapport au sujet masculin cisgenre, hétérosexuel, blanc et valide sur lequel se concentre souvent le savoir médical (Sebring, 2021). Ces cadres d'exclusion et d'« altérisation » ont été utilisés pour pathologiser, marginaliser et contrôler différents groupes de la société. Ces cadres idéologiques sont aussi à l'origine du détournement cognitif médical et ont contribué à renforcer les obstacles à l'accès aux soins de santé que rencontrent les personnes qui se situent en dehors des paramètres sociaux « normatifs ». Comme l'ont expliqué Parker [une personne PANDC, lesbien·ne non conforme au genre, d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] et Jyoti [une personne PANDC, lesbien·ne non-binaire, d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine du Manitoba], respectivement:

”

Je sais qu'il est particulièrement difficile pour les personnes grosses de défendre leurs intérêts. Les personnes pauvres qui ne parlent pas notre langue ont beaucoup de mal à défendre leurs intérêts. Les personnes trans qui ne correspondent pas à un genre binaire ont également

beaucoup de mal à accéder aux soins et à être considérées comme légitimes. (Parker) (Traduit de l'anglais)

”


”

Mes expériences en matière de soins de santé ont évolué tout au long de ma vie. Je note, par exemple, la façon dont je me suis présenté-e au système de santé et la façon dont le système de santé a réagi à mon égard en tant que personne trans PANDC vivant avec un handicap. Certain-es fournisseur-euses de soins de santé ont eu des comportements très positifs. Et j'ai eu de très bonnes expériences. Mais dans d'autres contextes, comme les soins d'urgence, j'ai vécu de moins bonnes expériences [...] Je dirais donc que ça varie, parce que j'ai eu des expériences très positives comme des expériences négatives. (Jyoti) (Traduit de l'anglais)

”

Dans le contexte canadien, le colonialisme de peuplement et les raisonnements basés sur la suprématie blanche continuent de créer des disparités en matière de santé et de façonner l'accès aux soins de santé. Les femmes autochtones, les personnes trans, les personnes non binaires et les personnes bispirituelles LBQ sont confrontées à des obstacles spécifiques en matière d'accès, enracinés dans le rôle historique des institutions médicales en tant qu'instruments de l'État colonial (Schreiber et al., 2021). Dans les établissements médicaux, les demandeur-euses de soins autochtones considéré-es comme des bio-Autres ont été victimes de stérilisations forcées, de signalements des naissances<sup>2</sup> et perçues comme des toxicomanes ou des ivrognes (Schreiber et al., 2021). Les autorités sanitaires ont également été complices de la séparation d'enfants, d'aîné-es et d'adultes issu-es de familles autochtones (voir par exemple Ducsharm et al., 2022; Stevenson 2012), et de profondes disparités persistent

2 Le signalement de naissance, c'est lorsqu'un-e travailleur-euse social-e ou un organisme de protection de l'enfance juge qu'un-e futur-e parent-e représente un « risque élevé » et décide de communiquer des informations privées (souvent sans son consentement) à un-e fournisseur-euse de soins de santé ou à un-e autre travailleur-euse social-e (Hwang, 2022).



concernant l'accès aux soins de santé de base dans les communautés rurales, éloignées et nordiques (voir par exemple Leader et al., 2023). Le racisme anti-Noir-es prend également des formes particulières dans la société coloniale canadienne, ce qui a un impact sur la santé et sur les réponses en matière de santé, ainsi que sur l'accès aux soins pour les communautés noires (Dryden & Nnorom, 2021). Les personnes noires continuent d'être victimes de stéréotypes et de préjugés de la part des fournisseur-euses de soins (Black Health Alliance, 2020), tandis que le racisme systémique anti-Noir-es dans les politiques d'admission et le traitement raciste de la part des pair-es, des supérieur-es et des patient-es ont contribué à exclure les Canadien-nes noir-es des opportunités équitables de formation, d'emploi et de leadership dans les professions du domaine de la santé (Joneja, 2022 ; Kalifa et al., 2022). Ces obstacles systémiques ont une incidence directe sur les personnes autochtones, noires et les autres femmes, personnes trans et personnes non-binaires LBQ racialisées souhaitant accéder à des soins respectueux, sans compter les stratégies dont elles doivent user pour tenter d'obtenir les soins nécessaires.

L'incompétence et l'ignorance des fournisseur-euses de soins constituent un autre problème systémique et préjudiciable qui justifie la nécessité de défendre les droits des patient-es et des demandeur-euses de soins, car ces personnes sont mal informées sur la sexualité, les risques pour la santé et les besoins en matière de dépistage, ainsi que sur les sentiments d'isolement et de confusion qui existent chez les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ (Rabbitte & Enriquez, 2023). Les différentes stratégies employées par les participant-es pour défendre leurs droits visaient non seulement à améliorer la qualité de leurs soins, mais aussi à responsabiliser les fournisseur-euses de soins pour qu'iels remédient à leur incompétence. Il ne devrait pas incomber aux patient-es de devenir des spécialistes de leur santé, mais les participant-es ont été contraint-es d'user de ces stratégies afin de combler les lacunes dues au manque de connaissances des fournisseur-euses de soins.



Pour défendre leurs intérêts dans le cadre des soins de santé, ces participant·es ont dû résister à la dynamique problématique des soins de santé ou aux comportements et décisions dédaigneux ou invalidants des fournisseur·euses de soins. Cependant, d'après certain·es participant·es comme Siobhan [une femme blanche, gris-asexuel·le/bissexuel·le de genre fluide, d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario], le processus de résistance face aux déséquilibres de pouvoir et de connaissances entre fournisseur·euses de soins et patient·es représente un exercice d'équilibre délicat. Cet exercice d'équilibre peut, par exemple, consister à guider un·e fournisseur·euse de soins vers des options de diagnostic ou de traitement tout en prenant en compte les différences de connaissances et de pouvoir attendues, en partant du principe que le/la fournisseur·euse de soins a plus de connaissances sur le corps du/de la patient·e et sur son problème. Comme l'a expliqué Siobhan, la mesure dans laquelle une personne sera crue et dans laquelle ses souhaits seront respectés au cours de cet exercice d'équilibre dépend de ses privilèges:

“

J'ai de la chance, car j'ai réussi à trouver la bonne formule pour défendre mes droits. J'ai réussi à trouver un équilibre entre [...] dire : « Voici mes symptômes, je vois que c'est lié à ceci, et j'ai déjà ces symptômes-là », tout en faisant au moins semblant de penser que le/la fournisseur·euse de soins en sait plus que moi, que ce soit le cas ou non. Ou dire : « Il semble que cela pourrait être lié à ceci, mais je me trompe peut-être. » En gros, ça consiste à leur dire ce qui ne va pas chez moi, à les orienter subtilement dans une direction, puis leur dire : « Peut-être, peut-être pas. » Mais je sais que j'ai l'avantage d'être une personne blanche, donc on écoute plus facilement ce que j'ai à dire sur mon corps [...] mes privilèges jouent un rôle énorme [...] même quand on m'a diagnostiqué une dépression, quand j'ai dit que j'hésitais à prendre un antidépresseur sans autre traitement, iels étaient plutôt d'accord avec ça, même s'il était évident qu'iels voulaient me mettre sous traitement. (Traduit de l'anglais)

”

En effet, de nombreux·ses participant·es ont reconnu avoir une situation sociale privilégiée en parlant de la défense de leurs droits et de ceux des autres. Par exemple, Sidney [une femme blanche, lesbienne/dyke, d'une soixantaine d'années, vivant dans une zone urbaine en Colombie-Britannique] a remarqué:

“

Il faut être suffisamment bien pour défendre ses propres droits, car lorsque vous êtes malade, même si vous pouvez parler en votre nom, vous n'avez pas nécessairement les moyens de vous exprimer dans ce système qui n'est pas adapté à vos besoins. (Traduit de l'anglais)

”

Les personnes queer, trans et non binaires peuvent également avoir l'impression de devoir défendre les intérêts des autres, parce qu'elles pensent être les mieux placées pour le faire, et qu'elles connaissent le préjudice que cela pourrait causer à leurs proches si elles restent silencieuses. Il est donc important de reconnaître la précarité de la défense des droits dans les espaces de soins de santé. Des structures de pouvoir plus larges influencent la manière dont les patient·es et les demandeur·euses de services peuvent faire entendre leurs préoccupations et obtenir ce dont iels ont besoin.

D'autres participant·es ont évoqué le travail mental nécessaire à l'élaboration d'une stratégie avant même de mettre les pieds dans un établissement de soins de santé et les façons dont iels utilisent ce que Shim (2010) appelle le « capital santé culturel » pour améliorer leurs expériences en matière de soins de santé. Le capital santé culturel est le « répertoire d'aptitudes culturelles, de compétences verbales et non verbales, d'attitudes et de comportements, et de styles d'interaction [qui] peuvent favoriser des relations plus optimales en matière de soins de santé » (Shim, 2010, p. 1). Pour Riley [une femme PANDC, lesbienne et bispirituelle, d'environ trente ans, vivant dans une région rurale d'une province atlantique du Canada], ce capital santé culturel est lié à son travail dans le secteur de la santé, tandis que pour Rita [une femme PANDC, bisexuelle, d'environ cinquante ans, vivant dans une région urbaine

de l'Ontario], il est enraciné dans son langage et ses affiliations personnelles déclarées (par exemple, le fait d'être issue d'une famille de professionnel·les de la santé). Dans chaque cas, les participant·es s'appuient sur ce capital dans le but d'améliorer leurs expériences en matière de soins de santé:

“

J'aborde la majorité de ces interactions comme si j'étais une agente double, car j'ai une formation en [soins de santé]. Je sais à peu près quelles questions on va me poser ou quelles informations je vais devoir fournir. Avant mes rendez-vous, je passe beaucoup de temps à me poser mille questions sur les sujets que l'on va aborder ou ce qui me sera demandé, je prépare mes réponses et je réfléchis à comment exprimer mes besoins en fonction de ce qui me sera demandé [...] Je trouve que les professionnel·les sont réceptif·ves lorsque je me base sur ma connaissance du système. Je vois ça comme un jeu de stratégie [...] J'essaie d'être très humble, presque au point de dévaloriser ma propre expérience. Je pose des questions pour éviter de les bousculer, car j'essaie de leur dire que je sais de quoi je parle sans les offenser, pour leur donner envie de bien me traiter, si vous voyez ce que je veux dire. (Riley)  
(Traduit de l'anglais)

”

“

Je sais très bien défendre mes intérêts dans toutes les situations. J'ai l'impression que je dois toujours avoir ma boîte à outils à portée de main pour savoir quels sont mes droits, où que je sois. Je dois être prête à la dégainer pour obtenir ce dont j'ai besoin [...] en matière de soins de santé. Si on ne me prend pas au sérieux, c'est en partie car je ne suis pas une personne blanche. Si je parle de ma ménopause, on me place encore dans une autre catégorie [...] Mais si j'arrive avec ma boîte à outils contenant toutes mes connaissances, je vais tout déballer avant que la conversation ne commence. Je vais leur expliquer ce que je crois qu'il

se passe, pourquoi, les symptômes, et je vais attendre leur réponse [...] Et l'une des premières choses que je dis toujours au docteur, c'est : « Il faut que vous compreniez une chose très importante sur moi, c'est que l'on va avoir une conversation ensemble, car je viens d'une famille de professionnel·les de la santé. Donc prenez-moi au sérieux. » Et dès que je dis cela, la dynamique change. (Rita) (Traduit de l'anglais)

”

Parmi les autres formes de défense (de leurs propres droits et de ceux des autres), les participant·es ont cité la persévérance, les choix de langage (par exemple, la façon de décrire leurs symptômes, le jargon, le ton de voix), et le fait de poser des questions et de faire des efforts concertés pour communiquer leurs besoins afin de recevoir des soins de santé appropriés et adéquats. Ceci est un exemple de l'utilisation du capital santé culturel dans le but d'optimiser les interactions avec les fournisseur·euses de soins et, finalement, les résultats sur la santé.

Toutes les stratégies de défense des droits mentionnées ci-dessus ont un impact émotionnel : les participant·es ont déclaré se sentir épuisé·es, frustré·es, anxieux·ses, craintif·ves et mal à l'aise lorsqu'ils cherchaient à obtenir des soins. Par exemple, Taylor [une femme blanche, queer, âgée d'environ cinquante ans, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] a évoqué la charge émotionnelle que représente la défense de ses propres droits :

“

Lorsque je rentre à la maison, je suis anéantie, exténuée, je pourrais dormir des jours durant [...] l'effort qu'il faut déployer pour défendre ses intérêts et ceux des personnes qu'on aime, je trouve cela incroyablement difficile. (Traduit de l'anglais)

”

Certaines personnes en quête de soins peuvent même se reprocher de ne pas se défendre suffisamment bien, alors qu'elles savent au fond que ce n'est

pas leur faute. Comme a partagé Marie [une femme blanche, lesbienne et trans, âgée d'environ trente ans, vivant dans une région rurale d'une province atlantique du Canada]:

“

Parfois, je m'en veux de ne pas bien défendre mes intérêts, ce qui est ridicule. Ce n'est pas ma faute, c'est plutôt à cause du système avec lequel j'interagis. À l'avenir, j'aimerais que les gens n'aient pas à faire autant d'efforts pour se défendre. Que ces interactions ne se limitent pas à la défense des droits. (Traduit de l'anglais)

”

Les stratégies mentales et émotionnelles, ainsi que la gestion stratégique des interactions entre patient-es et fournisseur-euses de soins décrits par les participant-es, révèlent que ces personnes ont conscience de l'importance de ne pas « marcher sur les plates-bandes » des fournisseur-euses de soins et de ne pas porter atteinte à leur ego afin de protéger la qualité de leurs soins. La nécessité pour les participant-es d'entretenir ces interactions s'ajoute à la pression existante liée au « rôle de patient » qui est « marqué par la passivité et le fait de s'en remettre à l'expertise du médecin » (Sebring, 2021, p. 1956). Il est important de noter, comme l'illustre l'expérience de Rita ci-dessus, que cette navigation est particulièrement complexe pour les personnes qui subissent des formes de discrimination entrecroisées telles que l'âgisme, le sexisme et le racisme.

Comme le montre le présent rapport, les multiples obstacles auxquels se heurtent les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ à toutes les étapes de la demande de soins de santé et de l'accès à ceux-ci, ainsi que le travail nécessaire pour accéder aux soins de santé et tenter d'obtenir des résultats positifs en matière de santé, sont enracinés dans le sexisme, le cishétérosexisme, le racisme, le colonialisme, le capacitisme et d'autres axes de discrimination et de marginalisation.

Les sections suivantes, qui se focalisent sur des domaines de soins de santé spécifiques (soins primaires, soins de santé sexuelle et génésique, soins liés à la transition de genre et soins de santé mentale), abordent les diverses pratiques qu’emploient les participant·es LBQ pour défendre leurs droits en naviguant et en interagissant avec un système de soins de santé cishétéronormatif qui tend à les exclure.

## **L’accès aux soins primaires**

Les participant·es ont longuement discuté de leurs expériences en matière d’accès aux soins primaires. Iels ont notamment parlé de leur recherche de médecins de soins primaires ou de médecins de famille, de leurs interactions, des obstacles liés aux coûts et du recours aux services d’urgence. Les participant·es ont expliqué comment les difficultés d’accès aux soins primaires affectaient leur santé et leur bien-être, ont suggéré des options (y compris la couverture des soins dentaires et d’autres services) et ont parlé des pratiques spécifiques qu’iels utilisaient pour tenter de combler les lacunes en matière de soins. Ces discussions leur ont permis de réfléchir à la manière dont leurs diverses situations sociales ont fondamentalement influencé leurs expériences en matière de soins primaires, et aux changements systémiques nécessaires pour améliorer l’accès à des soins de santé compétents, positifs et abordables.

Comme il a été démontré dans la recherche sur les communautés 2SLGBTQI – y compris concernant l’accès aux soins de santé primaires (par exemple, Gahagan & Subirana-Malaret, 2018; Giblon & Bauer, 2017; Logie et al., 2019) – les participant·es femmes, trans et non-binaires LBQ ont déclaré rencontrer des difficultés pour accéder à des soins de santé primaires qui respectent leurs identités et leurs expressions de genre, leurs sexualités et leurs relations. À la lumière des formes d’oppression entrecroisées auxquelles sont confrontées ces personnes dans leur vie quotidienne, et des expériences négatives et positives qu’elles ont vécues dans les établissements de soins de santé, les participant·es ont fait part de leur désir de trouver des fournisseur·euses de soins primaires qui les prendraient au sérieux, considéreraient leurs besoins et leurs antécédents

de santé de manière holistique, mettraient en place des traitements appropriés et seraient disposé·es à les suivre individuellement à long terme. Cependant, les participant·es ont avoué ressentir une grande frustration face aux difficultés de trouver des fournisseur·euses de soins primaires qui répondaient réellement à ces besoins. Kalani [une personne queer, non-binaire, PANDC, âgée d'environ vingt ans, vivant dans une région urbaine d'une province atlantique du Canada] a rencontré des difficultés pour accéder à un·e fournisseur·euse de soins primaires et pour faire face à l'incompétence médicale lorsqu'il cherchait à se faire soigner pour des problèmes de santé chroniques liés à des kystes ovariens:

“ C’est frustrant [...] de lutter à ce point pour voir un médecin. J’ai de la chance d’avoir une médecin de famille, mais elle est tout le temps en vacances. Elle s’absente pendant de longues périodes et lorsque j’ai des [...] problèmes de ventre et tout ça [...] On ne m’a toujours pas officiellement diagnostiqué un SOPK, même si c’est ce que je pense avoir depuis longtemps [...] honnêtement, c’est une lutte quotidienne. (Traduit de l’anglais)

”

Les participant·es TNB ont exprimé des inquiétudes quant au fait de ne pas savoir si les fournisseur·euses de soins respecteraient leur genre de manière cohérente et respectueuse (par exemple, en utilisant leurs pronoms et leurs noms, en particulier lorsqu'ils diffèrent des documents juridiques). Le cishétérosexisme auquel font face les personnes TNB dans des contextes de soins de santé exerce une influence sur leur future approche des soins, sur leur prise de traitements, et peut même les mener à refuser des soins ou à remettre leur demande (Boyer et al., 2022 ; Ziegler et al., 2020). Certain·es participant·es évitent ou « retardent » le recours aux soins de santé en raison de ce manque de certitude, et à cause des pratiques qu'ils doivent employer pour essayer de déterminer à l'avance à quoi pourrait ressembler la rencontre avec le/



la fournisseur·euse de soins. Comme a déclaré Marie [une femme blanche, lesbienne et trans, âgée d'environ trente ans, vivant dans une région rurale d'une province atlantique du Canada]:

“

Le simple fait d'être trans me rend toujours très anxieuse lorsque j'ai une première interaction avec quelqu'un parce que je ne sais pas comment je vais être traitée en tant que personne trans. La plupart du temps, ça m'aide de les rechercher sur Google, de voir que je peux m'attendre à avoir des interactions positives parce que la personne a l'air d'être respectueuse des personnes queer pour une raison ou une autre. Mais il est rare de pouvoir vérifier à l'avance, car généralement on ne choisit pas là où on atterrit dans le système, et on ne sait pas avec qui on va devoir interagir. Alors j'appréhende toujours la façon dont je vais être traitée. J'hésite beaucoup à consulter, car je crains de ne pas être soignée.

(Traduit de l'anglais)

”

Les expériences de sexisme, de racisme, d'âgisme et de détournement cognitif médical façonnent la manière dont les participant·es abordent leurs rencontres avec les fournisseur·euses de soins, ainsi que les qualités qu'iels recherchent et espèrent trouver chez les fournisseur·euses de soins primaires. Meera [une femme PANDC, bisexuelle cisgenre, d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] a vécu des expériences mitigées avec plusieurs fournisseur·euses de soins primaires au cours de sa vie, qui n'ont pas toujours pris au sérieux ses antécédents familiaux et ses symptômes. Après avoir consulté des fournisseur·euses de soins qui ont ignoré ses symptômes et l'ont mal diagnostiquée, elle a trouvé, à l'adolescence, un·e médecin de famille disposé·e à travailler avec elle et à la suivre pour ses problèmes de santé. Meera est aujourd'hui à la recherche d'un·e nouveau·elle médecin de famille, car le/la médecin précédent·e a déménagé. Le fait d'avoir eu un·e médecin

compétent·e lui a fait comprendre qu'elle mérite d'avoir un·e professionnel·le de la santé qui la prend au sérieux.

“

Actuellement, je consulte le/la médecin de ma cousine. Lorsqu'elle m'a prise en charge, elle a compris ce que je vivais parce qu'elle avait vu des symptômes similaires chez ma cousine. Elle m'a écoutée et elle a accepté d'essayer des traitements plutôt que de décider de ce qui n'allait pas chez moi ou de me dire comment je me sentais [...] Cette expérience m'a permis de comprendre que je mérite d'avoir un·e fournisseur·euse de soins qui m'écoute et qui a l'expertise nécessaire pour essayer de comprendre ce qui ne va pas si le premier diagnostic ne colle pas [...] Je mérite d'avoir un·e fournisseur·euse de soins primaires qui se préoccupe avant tout de moi. Donc je garde ça à l'esprit dans ma quête d'un·e nouveau·elle médecin. Je ne sais pas combien de temps ça va prendre, mais je veux bénéficier de ce niveau de soins, même si cela signifie que je dois défendre mes intérêts et changer de médecin jusqu'à ce que j'en trouve un·e qui me convient. (Traduit de l'anglais)

”

Les participant·es aux groupes de discussion ont souvent évoqué ce besoin d'accéder à des fournisseur·euses de soins compétent·es et respectueux·euses. En même temps, la question du simple accès à un·e fournisseur·euse de soins primaires ou à un·e médecin de famille était au cœur des préoccupations de nombreux·ses participant·es, sans parler de l'accès à un·e médecin respectueux·euse et connaissant bien les communautés 2SLGBTQI et leurs questions de santé. En 2019, environ 4,6 millions de Canadien·nes (14,5 % des personnes âgées de plus de 12 ans) n'étaient pas suivies par un·e fournisseur·euse de soins de santé, et ce problème concernait plus particulièrement les personnes âgées de 18 à 34 ans (Statistique Canada, 2020). Bien que les analyses des causes profondes diffèrent, les facteurs suivants sont généralement à l'origine de cette pénurie : les départs à la

retraite, les déménagements (Statistique Canada, 2020), la baisse du nombre de personnes intégrant la médecine familiale (Smart, 2022), la pénurie de places dans les écoles de médecine et les résidences en médecine familiale (Li et al., 2023), et les difficultés que rencontrent les professionnel·les de la santé formé·es à l'étranger pour obtenir une autorisation d'exercer et un placement (par exemple, Purewal et al., 2023) ont été identifiés en tant que facteur contribuant à la pénurie.

Siobhan [une femme blanc·he, gris-asexuel·le/bissexuel·le de genre fluide, d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] a expliqué qu'elle avait consulté à la clinique de son université pendant quelque temps, mais que la recherche d'un·e nouveau·elle médecin de famille après l'obtention de son diplôme était un « pari risqué »:

“ J'avais un·e médecin de famille lorsque je consultais à la clinique de l'université. Mais mon médecin de famille était exécrable. Donc j'ai transféré tous mes dossiers à l'université. Lorsque j'ai obtenu mon diplôme, j'ai réalisé que je n'aurais plus de médecin, alors j'ai cherché [et] j'ai fini par trouver les mots-clés qui me permettraient de trouver un·e nouveau·elle médecin, fraîchement diplômé·e, qui aurait des disponibilités. Heureusement, j'ai gagné mon pari. (Traduit de l'anglais) ”

Le fait de qualifier sa recherche d'un·e médecin de famille de « pari » souligne l'incertitude et les obstacles aux soins que rencontrent les femmes, les personnes trans et les personnes non-binaires LBQ fait écho à d'autres recherches canadiennes portant sur la précarité à laquelle font face les personnes 2SLGBTQI de tous âges pour trouver un·e médecin de famille (par exemple, Pang & MacLennan 2023).

Cette situation illustre également les privilèges dont bénéficient les personnes ayant un accès prioritaire aux médecins de famille et aux autres

fournisseur·euses de soins primaires. Siobhan et d'autres participant·es récemment diplômé·es ont pu accéder facilement à des fournisseur·euses de soins primaires et à d'autres services de soins primaires grâce à leur statut d'étudiant·e et leur affiliation universitaire. Sans accès aux fournisseur·euses de la clinique universitaire, ces personnes se sont retrouvées sans médecin de famille, alors qu'elles entraient dans une nouvelle phase de leur vie, qu'elles cherchaient du travail et qu'elles ne pouvaient plus bénéficier d'autres formes d'accès privilégié réservées aux jeunes (comme l'assurance privée des parents).

Alors que le Canada prétend avoir un système de santé universel, la question de l'accès privilégié — qu'il s'agisse du statut d'étudiant·e, de la couverture d'une assurance maladie privée ou de la capacité à payer de sa poche des soins cliniques privés — montre comment l'accès aux soins peut en effet dépendre de son affiliation et/ou de sa capacité à payer. Cette situation n'a pas échappé aux participant·es, y compris à ceux qui bénéficiaient d'une assurance maladie privée dans le cadre de leur emploi à temps plein. Comme l'a indiqué Jessi [une femme queer cisgenre, PANDC, d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine du Québec]:

“

J'ai la chance d'avoir les moyens de payer pour des soins privés, car je travaille comme ingénieure et ma profession me le permet. Je bénéficie d'une assurance maladie privée grâce à mon employeur, donc c'est beaucoup plus simple pour moi de trouver un·e médecin qui me fournira le type de soins que je cherche, qui sera adapté à ma situation [et qui] comprend mes antécédents. Dans ce domaine, si je n'avais pas suivi des études d'ingénierie ou si je n'avais pas obtenu mon diplôme, je ne pense pas que j'aurais eu les moyens de payer pour des soins privés. (Traduit de l'anglais)

”

Les personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie privée et/ou qui n'ont pas les moyens de payer pour des soins privés de leur poche ont expliqué

que le coût était un obstacle à l'accès à toute une série de services nécessaires, qu'il s'agisse de consulter des clinicien·nes tels que des kinésithérapeutes et des dentistes ou de payer des articles tels que des médicaments sur ordonnance et des lunettes de vue. Siobhan [une femme blanc·he, gris-asexuel·le/bisexual·le de genre fluide, âgée d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] a également évoqué comment la perte de son statut d'étudiante avait eu un impact sur sa capacité à payer ses médicaments sur ordonnance, ainsi que les efforts qu'elle a déployés pour naviguer entre les différentes options de couverture et obtenir les médicaments dont elle a besoin tout en continuant à satisfaire ses autres besoins fondamentaux.

“

Comme je ne suis plus couverte par mon assurance universitaire, j'essaie de rassembler mon énergie pour rappeler à ma pharmacie que j'ai moins de 25 ans. Donc je devrais être couverte par le programme de médicaments du gouvernement, surtout depuis que je n'ai plus d'assurance universitaire. Mais je ne vais pas pouvoir en profiter tout de suite, car je bénéficie actuellement d'une AE [assurance-emploi] liée à la fin de mon travail d'été, et je suis payée un peu plus qu'avec le programme Ontario au travail [un programme d'aide sociale]. Et si je ne peux pas avancer le paiement de mes médicaments? Ça peut représenter une semaine de salaire, même si ce n'est que 100 dollars.

(Traduit de l'anglais)

”

Le programme ontarien « Assurance-santé Plus » couvre certains médicaments pour les personnes âgées de 24 ans ou moins couvertes par l'assurance-santé, mais ne bénéficiant pas d'un régime privé. Il s'agit de l'un des programmes spécifiques dont les participant·es ont discuté et sur lequel iels ont échangé des informations. Bien que les personnes au début de la vingtaine percevaient ce programme comme un avantage, elles savaient tout de même qu'elles ne pourraient pas profiter longtemps de ces aides réservées aux plus jeunes (par

exemple, le fait de profiter de l'assurance privée de ses parents). Elles avaient également conscience des difficultés qu'elles rencontreraient pour accéder aux soins et des solutions qu'elles devraient chercher pour payer leurs médicaments après l'âge de 25 ans.

En plus des difficultés liées à la navigation au sein du système et aux obstacles qui y sont liés, les participant·es ont aussi avoué éviter de consulter pour des raisons financières. Ici, les soins dentaires — qui ne sont pas considérés comme des soins médicalement nécessaires ni couverts en vertu de la Loi canadienne sur la santé — sont apparus comme un sujet de discussion particulièrement pertinent. Annette [une femme blanche, lesbienne, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine du Québec] a décrit son processus de prise de décision en matière de soins et l'ironie du fait que de nombreuses femmes et personnes LGBT travaillant dans le domaine de la santé n'ont pas nécessairement la possibilité d'accéder elles-mêmes aux soins.

“

ai la chance d'avoir la RAMQ, fait qu'il y a certains soins qui pour moi sont gratuits [...] Moi, je travaille pour un organisme à but non lucratif, fait qu'on n'a pas non plus, souvent, les assurances privées qui nous permettent d'accéder à des soins. Mettons, c'est ça aussi, des fois, me dire “aller chez le dentiste”, est-ce que c'est vraiment une urgence, là? J'attends le dernier moment où je souffre comme pour dire “ ok [...], je vais mettre les 1000\$ que j'ai pas, parce que j'ai pas le choix. ” Mais, c'est prendre en considération aussi d'où on vient, puis, je [ne] veux pas faire de généralités non plus, mais souvent, aussi, les femmes, les communautés LGBT sont beaucoup dans le care, le domaine du care, puis c'est quelque chose de comme assez précaire. Ça limite des fois l'accès aux soins, parce que ce qui n'est pas remboursé par la RAMQ, bien tu peux pas forcément te l'offrir.

”

Preeti [une femme queer, PANDC, âgée d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] a bien résumé les frustrations des participant·es concernant le coût des soins et les inquiétudes concernant leur santé et leur capacité à fonctionner au quotidien:

“

Tout le monde parle de la gratuité des soins de santé au Canada, mais les Canadien·nes savent que ces soins ne sont pas inclusifs. On ne peut pas aller chez l'ophtalmologiste ou faire un examen des yeux; les soins dentaires ne sont pas couverts, les soins de santé mentale non plus [...] Je ne comprends pas, nos yeux ne font-ils pas partie de notre corps? Je ne comprends vraiment pas. (Traduit de l'anglais)

”

Enfin, les participant·es ont décrit leur quête de soins dans les services d'urgence en situation de crise, lorsqu'ils n'avaient pas accès à un·e médecin de famille. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, les soins d'urgence et les soins ambulatoires constituent l'une des activités les plus importantes du pays (Institut canadien d'information sur la santé, 2023a), avec près de 14 millions de visites non planifiées dans les services d'urgence au cours des 12 derniers mois (Institut canadien d'information sur la santé, 2023b). Avec la demande massive et les pénuries de personnel, les systèmes de santé et les services d'urgence canadiens sont confrontés à une crise, les patient·es et les communautés de tout le pays devant faire face à de longs temps d'attente et à des fermetures d'établissements (par exemple, voir Miller & Bamaniya, 2023).

L'expérience d'une participante, Emma [une femme blanche, lesbienne cisgenre, âgée d'une soixantaine d'années, vivant dans une zone urbaine d'une province atlantique du Canada] et de sa femme Tammy montre à quel point l'accès aux soins d'urgence est essentiel et comment de multiples hypothèses et préjugés de la part des fournisseur·euses de soins peuvent avoir un impact sur l'accès aux soins, avec des conséquences néfastes et dangereuses pour les patient·es et leur santé:

“

Le système de soins de santé fait... enfin, les gens font des suppositions [...] Quelques années avant le décès de Tammy, six ou sept semaines après son triple pontage, elle a commencé à avoir des douleurs thoraciques. Je l'ai emmenée à l'hôpital ce soir-là. Elle m'a réveillée, donc j'ai enfilé un pantalon en molleton et une casquette de baseball, car je n'étais pas coiffée. Je l'ai emmenée à l'hôpital et ils lui ont fait un ECG. Et elle n'avait pas vraiment l'ECG typique des personnes qui font une crise cardiaque. Le docteur est arrivé après quelque temps. Elle souffrait beaucoup. Et sa première question a été : « Vous deux, vous prenez des drogues ? » J'ai répondu que oui, [ma femme] prenait les médicaments qu'on lui avait prescrits. Elle a répondu : « Vous ne prenez pas de cocaïne ? » J'étais comme « Hein ? Quoi ? C'est quel genre de question, ça ? » Elle a dit « Ce n'est pas une crise cardiaque. » Elle a regardé Tammy, puis lui a dit : « Vous ne faites pas une crise cardiaque. » [...] Alors elle est restée là, à souffrir, et les infirmier·ères ne cessaient de dire qu'elles voulaient attendre un peu avant de refaire un ECG. Et au moment du second ECG, elle faisait une crise cardiaque. Et je peux vous dire qu'au deuxième ECG, ça volait de tous les côtés, on m'a fait sortir de la pièce, car il fallait s'en occuper immédiatement. (Traduit de l'anglais)

”

Quand Emma et Tammy se sont plaintes à l'hôpital et que l'incident a fait l'objet d'une enquête, on leur a dit qu'à ce moment-là, il y avait un gros « problème de drogues » dans la région et qu'en raison de leur apparence, elles avaient l'air de vouloir se procurer des stupéfiants. Des mesures ont été prises pour éviter que cela ne se reproduise, mais cela n'a pas suffi. Emma ajoute :

“

C'était noté très clairement dans son dossier. Mais cinq ou six ans plus tard, c'est encore arrivé. Je n'étais pas avec elle cette fois-là. Elle est allée aux urgences, et on l'a accusée d'être à la recherche de narcotiques



[...] Ils pensaient qu'on voulait des stupéfiants, donc ils ont refusé de lui administrer des médicaments, la laissant ainsi souffrir. (Traduit de l'anglais)

”

Cette expérience met en évidence plusieurs défaillances en matière de soins, ainsi que des attitudes et des préjugés sociaux qui nuisent directement à la santé et au bien-être des patient·es. Emma et Tammy ont été victimes de présumés classistes et sexistes. Elles ont été victimes de profilage et se sont vu refuser des soins à cause de leur tenue vestimentaire et de l'hypothèse selon laquelle elles étaient à la recherche de stupéfiants. Cette hypothèse et ce traitement révèlent en outre la stigmatisation sociale associée à la consommation de substances et à la dépendance, ainsi que la discrimination et les obstacles auxquels les personnes qui consomment des substances sont confrontées dans les établissements de santé (Chan Carusone et al., 2019; Lang et al., 2013).

Cette situation fait également écho aux nombreux cas de détournement cognitif médical décrits par les participant·es. Les jeunes participant·es femmes, trans et non-binaires LBQ ont pointé du doigt le cishétérosexisme et la discrimination âgiste dont iels ont été victimes durant leur jeunesse pour expliquer pourquoi les fournisseur·euses de soins primaires ne souhaitaient pas les croire ni prendre leurs problèmes au sérieux. Toutefois, les participant·es plus âgé·es ont noté l'ironie d'être rejeté·es par des praticien·nes qui ne les connaissaient pas, alors qu'iels avaient accumulé des décennies de connaissances sur leur corps et leur état de santé. Ce rejet a conduit les participant·es à adopter diverses stratégies de défense de leurs droits, et même de refuser des soins ou remettre leur demande. Outre les obstacles liés à la disponibilité des fournisseur·euses de soins primaires et au coût des soins, l'incertitude quant à l'accès aux soins nécessaires, l'épuisement dû à cette incertitude et aux techniques de défense des droits nécessaires sont autant d'éléments qui caractérisent les expériences d'accès aux soins primaires.

## Soins de santé sexuelle et reproductive

Les participant·es à cette étude ont cherché à obtenir des soins de santé sexuelle et génésique pour une multitude de raisons et ont rencontré divers obstacles et difficultés lorsqu'ils ont tenté de bénéficier des soins désirés. La plupart des participant·es ont confié qu'ils avaient eu une expérience négative, ou plusieurs, dans leurs démarches pour que leurs besoins en matière de soins de santé sexuelle et/ou reproductive soient satisfaits par les fournisseur·euses de soins de santé (par exemple, les fournisseur·euses de soins primaires ou médecins de famille, les gynécologues, etc.)

Pour certain·es participant·es, devoir décider de divulguer ou non leur identité sexuelle et/ou de genre a été un obstacle dans l'accès aux services de santé souhaités. Les participant·es ne savaient pas s'ils devaient divulguer ces informations, et si elles seraient bien reçues. Par exemple, après avoir divulgué qu'elle était lesbienne, Emma [une femme blanche, lesbienne cisgenre, âgée d'une soixantaine d'années, vivant dans une zone urbaine d'une province atlantique du Canada] a remarqué que son médecin la traitait différemment:

“

Il y a plus de cinq ans, on m'a orientée vers un gynécologue, car, lors d'un test Pap, on avait trouvé des cellules anormales et on voulait me faire passer un examen plus approfondi. Quand je suis allée voir ce gynécologue, il m'a bien sûr demandé mes antécédents sexuels et si j'avais un mari ou un petit ami. Je lui ai répondu : « Non, je n'en ai pas, je suis gaie et lesbienne. » Il a réagi avec un « Oh » et, tout de suite, son langage corporel et le ton de sa voix ont changé. Il m'a auscultée et a dit : « Bon, je pense que l'on a fait tout ce qu'il y avait à faire. » Il m'a pratiquement congédiée, donc je suis sortie. (Traduit de l'anglais)

”

À ce titre, les soins d'Emma ont été affectés négativement après la divulgation de son orientation sexuelle à son médecin. Cette expérience illustre bien le

risque encouru par les femmes, les personnes trans et les personnes non-binaires LBQ lorsqu'ils doivent révéler leur identité dans un centre de soins : faut-il prendre le risque de révéler son identité et d'être rejeté·e ou d'être victime de discrimination et de stigmatisation? Globalement, des recherches antérieures ont démontré que les demandeur·euses de soins de santé avec des identités sexuelles minorisées hésitaient souvent à divulguer leur identité par peur d'être stigmatisé·es ou de vivre de la discrimination, tout en ayant conscience que cette divulgation est essentielle à une prise en charge holistique, et que s'ils ne la divulguent pas, cela peut avoir des répercussions sur leur santé et leur bien-être sexuels globaux (Law et al., 2015; Soinio et al., 2019)<sup>3</sup>.

Même en présence d'indicateurs visuels d'inclusivité (par exemple, autocollants arc-en-ciel ou drapeaux de fierté), les personnes à la recherche de soins de santé sexuelle n'ont aucune garantie que leur expérience sera positive et affirmative. Par exemple, Jace [une femme PANDC, lesbienne, d'environ vingt ans, vivant dans une région urbaine d'une province atlantique du Canada] a partagé son expérience dans une clinique pour femmes où elle a fait l'objet de stigmatisation. Ses fournisseur·euses de soins de santé ont en effet persisté à rejeter son homosexualité en parlant de sa femme comme d'une amie venue la soutenir, ce qui revient à nier la réalité de sa relation lesbienne, et ont remis en question la participation de sa femme à ses soins:

“ Ce périple a commencé à la clinique pour femmes, où j'ai vécu une expérience horrible, et je ne manquerai pas de raconter à tout le monde pourquoi, car il y avait bien sûr des autocollants arc-en-ciel dans le hall et des drapeaux de fierté, et puis l'infirmier·ère praticien·ne et le/la médecin ont parlé de ma femme comme d'une « amie venue me

3 Ces répercussions sur la santé et le bien-être sexuels peuvent être graves et avoir un impact sur le pronostic vital. Par exemple, en raison de la stigmatisation sexuelle, ou de la peur d'être stigmatisé·e, les femmes, les personnes trans et les personnes non-binaires LBQ demandant des soins de santé dans les centres de soins rencontrent parfois des obstacles au maintien d'une bonne santé sexuelle (Flanders et al., 2017), sont moins susceptibles de bien se faire dépister un cancer (Ragosta et al., 2023), reçoivent moins souvent des tests Pap et, par conséquent, se font détecter plus tardivement un cancer du col de l'utérus (McIntyre et al., 2010) et font moins souvent l'objet d'un dépistage précoce du cancer du sein (Lacombe-Duncan & Logie, 2016).

soutenir ». Iels m'ont demandé pourquoi j'avais besoin de mon amie et de son soutien, même après leur avoir expliqué à plusieurs reprises que c'était en fait ma femme, et qu'elle était là parce qu'elle avait la moitié des informations associées à l'enfer que je vivais. (Traduit de l'anglais). ”

Comme ces participant-es, les personnes avec des identités sexuelles minorisées peuvent se sentir invisibles ou invalidé-es dans les centres de soins en raison de l'hétéronormativité et des présupposés sur les identités, les relations et les comportements sexuels. Par exemple, Serina [une femme PANDC, pansexuelle cisgenre, âgée d'une vingtaine d'années, vivant en banlieue en Ontario] a raconté son expérience de l'hétéronormativité au sein d'un centre de soins:

“ Les médecins demandent généralement : « Êtes-vous sexuellement active ? » Je réponds que oui. Iels me demandent alors : « D'accord, utilisez-vous des préservatifs ? » Je réponds que non, et iels me demandent : « Essayez-vous de tomber enceinte ? » Je leur dis non. Ils me disent : « D'accord, alors vous avez des rapports sexuels non protégés ? » Je m'excuse alors et réponds que j'ai actuellement des rapports sexuels avec une femme cis. Toutes ces questions sont très hétéronormatives. (Traduit de l'anglais) ”

Comme le montrent les expériences de ces participant-es, les femmes lesbiennes et plurisexuelles<sup>4</sup> à la recherche de soins de santé sexuelle se heurtent souvent à des conceptions biomédicales hétéronormatives de la santé sexuelle des femmes (Munson & Cook, 2016) et à un déni des rapports sexuels lesbiens comme étant de « vrais » rapports (Lacombe-Duncan &

4 Par plurisexualité, on entend les identités sexuelles qui ne sont pas uniquement fondées sur l'attraction envers un seul sexe (par exemple, bisexuel-le, queer, pansexuel-le, sexuellement fluide).

Logie, 2016). Ces présupposés peuvent même entraîner des répercussions sur les tests de santé sexuelle. Par exemple, dans le cas de Corinne [une femme PANDC, bisexuelle, d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario], les fournisseur·euses de soins de santé ont réalisé un ensemble incomplet ou partiel de tests de dépistage des ITS:

“

J'avais trouvé cette clinique de santé sexuelle pour un ami. Il y est allé et m'a raconté qu'on lui avait fait un prélèvement dans la gorge et qu'on lui avait demandé s'il voulait qu'on lui fasse aussi un prélèvement dans l'anus. Nous avons été surpris. On ne m'a jamais demandé ça et j'ai [la vingtaine], pourtant je vais chez ma médecin pour des tests Pap et des contrôles d'ITS depuis que j'ai 15 ou 16 ans. On ne m'a jamais fait de prélèvement dans la gorge ou ailleurs. Je ne savais pas que l'ensemble des tests consistait en tout cela, j'ai été choquée. Je lui en ai parlé. Et elle m'a plus ou moins répondu que « c'est parce que vous êtes hétérosexuelle », « parce que vous ne courez pas les mêmes risques », mais qui dit que les femmes gaies n'ont pas de relations anales? (Traduit de l'anglais)

”

Au-delà de l'invisibilisation et des expériences invalidantes décrites ci-dessus, les femmes bisexuelles et plurisexuelles font parfois aussi face à la binégativité, à l'occultation de la bisexualité et à la biphobie<sup>5</sup> dans les centres de santé sexuelle. Elles y sont parfois confrontées à des préjugés sur les maladies (par exemple, on suppose qu'elles sont des vecteurs de maladies), à des préjugés sur l'hypersexualité (par exemple, on suppose qu'elles veulent avoir des relations sexuelles avec tout le monde ou qu'elles sont intéressées par des relations sexuelles avec tout le monde) et à l'hétérosexisme (par exemple, dévalorisation des relations avec des personnes de même genre,

5 La binégativité est un préjugé et une discrimination qui visent les personnes bisexuelles, et l'occultation de la bisexualité est le déni systémique de la bisexualité (Flanders et al., 2017). La biphobie est définie comme la peur ou la haine de la bisexualité, qui se manifeste souvent par des insultes, de l'intimidation, de l'exclusion, des préjugés, de la discrimination ou des actes de violence (le glossaire des termes et concepts 2SLGBTQI d'Egale sur <https://egale.ca/awareness/terms-and-concepts-updated/>).

présomption d'hétérosexualité) (Flanders et al. 2017). Par ailleurs, le fait de partager ses antécédents sexuels avec un·e professionnel·le de la santé est un acte vulnérable que les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ ne prennent pas à la légère. Dans le cas de Lou [blanc·he, queer/ bisexuel·le non binaire, d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine au Québec], son/sa médecin a fait plusieurs réflexions sur sa vie sexuelle, et Lou a perçu ces réflexions comme un jugement personnel, remarquant:

“ Je me faisais vraiment parler [...] comme si [j'étais une] « pauvre femme qui [ne] sait pas gérer son corps » ”

Meera [une femme PANDC, bisexuelle cisgenre, d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] a partagé son expérience des préjugés néfastes et son sentiment d'être jugée:

“ Le/la médecin m'a demandé combien de partenaires j'avais et si j'avais plusieurs partenaires à long terme, ce qui était le cas, et a ensuite commencé à me conseiller d'avoir moins de rapports sexuels et de veiller à bien me protéger avec mes partenaires [...] pendant cette conversation avec ce·tte professionnel·le de la santé, je lui ai dit : « Mes partenaires sont aussi bien des hommes que des femmes ». Le ton de la conversation a alors changé. Lorsque j'ai révélé au/à la médecin que j'étais bisexuelle, iel m'a répondu : « Ça veut dire que vous avez encore plus de relations sexuelles. » Ce n'est pas du tout ce que ça veut dire. C'était vraiment agaçant d'entendre ça parce que c'était faux et que ça portait un jugement. Puis le ton de la conversation a changé du tout au tout : « Si vous ne prenez pas soin de vous et ne commencez pas à faire de meilleurs choix, votre vie va vraiment mal tourner ». [...] Je me suis sentie vraiment prise pour cible et jugée pour une question qui aurait pu entraîner des répercussions sur le déroulement de mes soins,

mais lorsque j'ai répondu en toute honnêteté et que je me suis identifiée comme une personne bisexuelle, j'ai été confrontée à des jugements et à des critiques. (Traduit de l'anglais)

”

Les réflexions de cette participante quant à son expérience reflètent directement ces discours selon lesquels les personnes bisexuelles et plurisexuelles sont « vectrices de maladie », ainsi que la stigmatisation sexuelle associée à la bisexualité et la présomption d'hypersexualité ou de la multiplication des rapports sexuels. Ce type de stigmatisation peut avoir des répercussions sur les demandeur·euses de soins à un niveau individuel, mais aussi à un niveau systématique ou institutionnel, et peut créer des obstacles à l'accès à des soins de santé sexuelle holistiques et adaptés pour les femmes bisexuelles et plurisexuelles, les personnes trans et les personnes non binaires.

Les participant·es ont souvent dû faire face à cette humiliation et à cette culpabilisation de leurs identités et comportements sexuels minorisés. Dans le cas de Parker [une personne PANDC, lesbienne·ne non conforme au genre, d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario], cette humiliation de sa sexualité allait de pair avec le racisme, entraînant ainsi une stigmatisation multidimensionnelle ou intersectionnelle:

“

Parce que je suis asiatique, et qu'il y a une dimension raciale dans la manière dont la sexualité, et en particulier la queerité, est blanchie et embourgeoisée, mon médecin m'a posé des questions très ciblées, surtout concernant ma santé sexuelle. Je peux vous donner un exemple. Lorsque j'ai passé un examen du col de l'utérus en vue d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, mon médecin m'a demandé pourquoi. J'ai répondu « J'ai 21 ans. C'est l'âge auquel il faut commencer à se faire dépister. » Et il m'a dit : « Oui, mais avez-vous eu des partenaires sexuel·les ? » J'ai répondu que oui et je lui ai dit combien j'en avais

eu-es, et il m’a dit « Ah ouais, tant que ça ? » et je me suis dit, mec, je t’emmerde. Alors déjà, c’est juste extrêmement irrespectueux et tellement condescendant. C’est vraiment impoli. (Traduit de l’anglais)

”

Parker partage ici non seulement une expérience de stigmatisation sexuelle par son médecin, mais aussi une réflexion sur le rôle de la race, de la sexualité et du genre dans la médiation des expériences de soins. La remarque de Parker sur le « blanchiment » de la queerité renvoie par ailleurs à la manière dont les personnes racisées et queer abordent leur sexualité dans des institutions issues du domaine médical, où les normes dominantes imposent l’hétérosexualité et la blanchité. Comme le note Worthen (2020), ces tensions « affectent la manière dont les personnes LGBTQ de couleur se voient et les processus impliqués dans leur stigmatisation » (p. 29).<sup>6</sup>

Que les participant·es aient été victimes de discrimination, d’invalidation ou de stigmatisation en raison de leur identité sexuelle ou de genre, ou qu’iels aient craint d’être victimes de discrimination pour ces mêmes raisons, leurs témoignages mettent en lumière les difficultés rencontrées par les femmes, les personnes trans ou les personnes non binaires LBQ dans le système de soins de santé sexuelle. De la divulgation aux fournisseur·euses de soins de santé, et des suites de cette divulgation, à la stigmatisation des pratiques, relations et comportements sexuels, les participant·es à cette étude ont été confronté·es à l’invisibilisation, à la stigmatisation multidimensionnelle ou intersectionnelle et à des discours néfastes (par exemple, des préjugés sur les maladies et l’hypersexualité). En définitive, les participant·es ont globalement rencontré des obstacles significatifs au maintien d’une santé sexuelle positive (Flanders et al., 2017).

Les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ à la recherche de soins spécialisés dans le domaine de la fertilité et de

<sup>6</sup> Les auteur·rices de ce rapport développeront ces corrélations dans un prochain document.



la reproduction font parfois aussi face à des préjudices résultant du cishétérosexisme dans ces centres de soins et à un manque de soins culturellement compétents de la part des fournisseur·euses de soins de santé. Les participant·es à cette étude qui recherchaient des soins spécialisés dans le domaine de la fertilité et de la reproduction ont été confronté·es à des présupposés et des stéréotypes néfastes sur leur sexualité et leur genre ainsi que sur la sexualité et le genre de leur partenaire. Par exemple, une participante a raconté qu'elle cherchait à concevoir un enfant avec sa partenaire et que, lorsqu'elle se rendait seule à un rendez-vous, elle était souvent confrontée à des présupposés cishétéronormatifs suggérant que son partenaire était un homme. Un·e autre participant·e a fait remarquer que son identité était fréquemment invalidée dans une clinique de fertilité se voulant « inclusive ». Lou [blanc·he, queer/bisexuel·le non binaire, d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine au Québec] a confié qu'à cause de la stigmatisation anticipée, iel ne divulguait pas son identité de genre pendant des soins de santé reproductive:

“

Je [ne] vais pas dire à la clinique d'insémination que je suis une personne non binaire. Tu sais, j'ai un utérus, j'ai une blonde, je suis une femme lesbienne, je veux me faire inséminer, puis là tout le reste. Je n'ai pas le choix de juste [ne] pas en parler par peur que ça vienne mettre des bâtons dans les roues, parce que c'est trop compliqué [...]. Je veux parvenir à mes fins bien avant de faire respecter mon identité de genre, tristement.

”

Souvent, les services proposés par les cliniques de fertilité sont perçus comme ciblant les femmes et les couples hétérosexuels en raison d'un manque d'informations (par exemple, sur les sites Web) destinées aux personnes queer, trans et non binaires. Dans le cas de Quinn [blanche, femme queer/gaie d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine d'une province atlantique du

Canada], le manque d'informations a été un obstacle à l'obtention des soins de santé reproductive qu'elle souhaitait:

“ J'ai récemment cherché une planification familiale et de l'aide pour ma santé reproductive, mais j'ai l'impression que ces services sont pratiquement inexistantes dans [ma province] [...] la seule clinique de fertilité à laquelle nous avons accès n'a pas accepté de nous prendre en charge. Lorsque j'ai à nouveau consulté ma médecin de famille pour lui demander d'autres ressources, elle m'a juste répondu : « Je ne sais pas où vous envoyer ni quoi faire, c'était un peu le seul endroit où vous pouviez aller. » Nous avons une clinique de fertilité dans [ma province] et quand vous regardez sur le site Web, il n'y a même pas de page avec des ressources pour la communauté LGBTQ, il n'est même pas mentionné que c'est une raison pour laquelle on peut avoir besoin d'accéder à des traitements. (Traduit de l'anglais)

”

Pour les personnes trans et les personnes non binaires, d'autres facteurs influencent leurs expériences en matière de services de fertilité, ou l'accès à ces services, comme le coût de la préservation de la fertilité, par exemple pour l'entreposage de sperme ou la cryopréservation des ovules (Guss et al., 2021). Par exemple, un·e participant·e a fait remarquer que l'accès à la préservation de la fertilité était coûteux et qu'il s'agissait d'un service privatisé, donc inaccessible pour beaucoup de personnes trans. Les participant·es trans à la recherche de services de fertilité et de reproduction, et les participant·es en couple avec des partenaires trans essayant d'avoir un enfant, ont rencontré divers obstacles liés aux coûts. Mary [une femme blanche, lesbienne et trans, âgée d'environ trente ans, vivant dans une région rurale d'une province atlantique du Canada] a raconté:

“ Dans cette région surtout, je pense que ce serait bien d'avoir un meilleur accès aux services de santé reproductive. Nous n'avons qu'une seule

”

clinique ici, donc les listes d'attente sont problématiques. Par ailleurs, en termes de santé reproductive, les coûts peuvent vraiment être prohibitifs, surtout pour les personnes trans. Lorsque j'ai commencé ma transition, j'étais loin d'être stable financièrement. Donc tout ce qui était prohibitif financièrement était un vrai obstacle pour moi. C'est au début de sa transition que l'on prend ces décisions pour assurer sa santé reproductive mais, bien souvent, ce n'est même pas une décision, on se dit juste « Je n'en ai pas les moyens ». Ce n'est même pas un obstacle. C'est juste un non. (Traduit de l'anglais)

”

Les coûts sont également un obstacle pour les personnes qui n'ont pas accès à une assurance ou à une couverture maladie financée par la province. Par exemple, Zehra [une femme queer, PANDC, âgée d'une quarantaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] n'a pas eu accès aux soins de santé reproductive financés par la province pendant de nombreuses années parce qu'elle avait immigré au Canada. Zehra a évoqué la stigmatisation intersectionnelle associée au fait d'être une femme plus âgée, racialisée et immigrée essayant d'avoir un enfant:

”

Lorsque j'étais en couple et que nous voulions avoir un enfant, je ne voulais pas essayer avant d'avoir une situation plus stable et un accès aux soins, juste au cas où il y aurait des complications ou autre. Et c'est comme ça que je suis arrivée à [la quarantaine]. Si vous êtes un peu sensibilisé·e aux sujets comme la santé reproductive et la grossesse, vous savez que même après 35 ans, tout le monde vous regarde de travers, alors 40 ans, n'en parlons pas. La plupart de mes interactions et rencontres étaient avec des sages-femmes. Avant de tomber enceinte, j'ai aussi eu brièvement affaire à des cliniques de fertilité, juste pour être sûre que c'était faisable pour moi. L'âgisme et le capacitisme ont été les deux principaux facteurs. Le racisme et la xénophobie ont aussi eu

des impacts. Mais à ce stade, l'âgisme était le pire, surtout lorsque nous essayions d'avoir un enfant. J'ai également évité les cliniques de fertilité, car ces cliniques et tous les endroits qui ont trait à la grossesse reposent dans une large mesure sur des présupposés hétéronormatifs. Je suis une femme queer, je suis en couple avec une personne trans. Même ce petit rendez-vous pour faire quelques tests a été extrêmement stressant, car nous avons été confronté-es à des présupposés et à des attitudes négatives. (Traduit de l'anglais)

”

Les participant-es à cette étude ont témoigné de leur expérience de la grossophobie, ou des préjugés liés au poids, dans leur recherche de services de santé sexuelle ou reproductive. Les préjugés liés au poids sont très répandus dans les centres de santé et dans les rencontres entre soignant-es et patient-es, donnant lieu à des préjugés, à une déshumanisation et à une discrimination à l'égard des patient-es à forte corpulence. Pour beaucoup de participant-es, la discrimination et les préjugés auxquels iels ont été confronté-es provenant des fournisseur-euses de soins de santé ont été un obstacle à l'obtention des résultats médicaux souhaités, ce qui a donné lieu à des expériences néfastes et angoissantes. Par exemple, Tori [PANDC, bispirituelle, bisexuelle, de genre fluide, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine du Manitoba] a été victime de grossophobie chez son médecin, qui a considéré que son poids était la cause de tous ses problèmes, y compris de son syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) et de ses problèmes de reproduction. Alors qu'elle demandait une hystérectomie, elle a essuyé un refus et a été invitée à perdre du poids. Elle nous a confié :

“

Il me dit constamment que je souffre d'obésité morbide et que je dois perdre du poids, et que tous mes problèmes médicaux, qui sont en fait des problèmes de reproduction, sont dus à mon poids [...] Je comprends que mes problèmes de reproduction sont liés à mon poids dans une

certain mesure, mais je peux vous assurer que ça n'a rien à voir avec mon poids si mes ovaires ne fonctionnent pas du tout [...] Quand je lui parle du SOPK, ou de ses répercussions sur mon corps et de n'importe quelle préoccupation à ce sujet, il me répond « non, non, c'est juste votre poids. » Moi je pense que ce n'est pas juste, ce n'est pas correct. (Traduit de l'anglais)

”

Annette [une femme blanche, lesbienne, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine du Québec] a vécu une expérience similaire:

“

En général, comme on peut vivre de la grossophobie, genre [...] “tu as telle problématique, commence peut-être par perdre un peu de poids”. Comme dans mes démarches pour procréer, ça [ne] m'a pas été imposé de voir une nutritionniste, mais ça m'a été recommandé.

”

Être encouragé·e à perdre du poids, à faire du sport et même à consulter un·e nutritionniste, tout cela était plutôt connu des autres participant·es. Après des semaines sans que sa douleur ne soit prise au sérieux par les médecins, Jace [une femme PANDC, lesbienne, d'environ vingt ans, vivant dans une région urbaine d'une province atlantique du Canada] a dû subir une intervention chirurgicale en urgence pour retirer une partie de son système reproductif. Alors qu'elle avait demandé à ses fournisseur·euses de soins de santé de vérifier si elle souffrait d'endométriose, un diagnostic qu'elle cherchait à obtenir depuis plusieurs années, au moment de son opération, iels n'ont pas cherché à savoir si elle souffrait effectivement d'endométriose pendant cette opération et ont orienté Jace vers une clinique spécialisée dans l'endométriose dans une province voisine. Lorsque Jace s'est intéressée à cette option, elle s'est rendu compte qu'elle ne serait jamais envisageable:

“

[La clinique] a décidé de ne pas prendre les personnes qui avaient été orientées vers eux, mais c'est faux, certaines sont acceptées [...] Si vous regardez les données démographiques des personnes acceptées, ce sont des femmes blanches entre telle et telle taille et tel et tel poids. Ce sont des variables contrôlables, la clinique ne s'engage pas activement à travailler avec des corps plus corpulents ou des femmes de couleur, pas du tout. [...] Elle se dit « Oh, nous ne savons pas quoi faire de vos origines génétiques noires, alors nous n'allons pas risquer notre étude pour le découvrir ». (Traduit de l'anglais)

”

Plus tard, alors que Jace se remettait de l'opération, elle a demandé à son/sa médecin de l'aider à soulager ses douleurs au genou (liées à un problème de santé chronique). On lui a dit de perdre du poids, alors que Jace avait communiqué que ce n'était pas possible de pratiquer du sport juste après l'opération et qu'elle mangeait très sainement. Les expériences des participant·es illustrent parfaitement le « syndrome du bras cassé », soit lorsqu'un·e fournisseur·euse de soins attribue les problèmes de santé d'un·e patient·e obèse à son poids, de la même manière que le « syndrome du bras cassé trans », lorsqu'un·e fournisseur·euse de soins attribue les problèmes de santé d'un·e patient·e trans à sa transidentité (Paine, 2021). Les fournisseur·euses n'arrivent pas à voir au-delà du poids des patient·es.

Dans l'ensemble, les participant·es aimeraient que les soins de santé sexuelle et reproductive ne fassent l'objet d'aucun jugement ni d'aucune discrimination et que les soins axés sur les patient·es soient accessibles, abordables, opportuns et adaptés aux réalités culturelles. Or, leurs expériences ont été extrêmement difficiles et marquées par la cishétéronormativité, la biphobie, l'humiliation sexuelle, le racisme et la grossophobie. Même si les expériences positives ont été moins fréquemment évoquées, elles ont été marquées par le respect et

l'écoute des demandeur·euses de soins, ainsi que par l'affirmation de leurs identités aux multiples facettes et de leurs expériences.

Pour les personnes à la recherche de soins de santé sexuelle et reproductive, les publications existantes documentent les préjudices, le manque ressenti de services proposés et le manque de soins culturellement compétents (par exemple, Carpenter, 2021; Corbett et al., 2013; Luxion, 2020; Yager et al., 2022). Les participant·es ont également été confronté·es à un paternalisme médical, concrétisé par le rejet et le déni de leur connaissance de leur propre corps et de leur compréhension des problèmes qui les ont amené·es à consulter, ainsi qu'à une pathologisation médicale fondée sur la grossophobie ou les préjugés liés au poids (McPhail & Bombak, 2015; Paine, 2021). En raison de difficultés systémiques dans notre système de santé actuel et d'un manque de services disponibles, les participant·es n'ont pas toujours pu accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive dont iels avaient besoin et qu'iels souhaitaient. Lorsqu'iels ont pu avoir accès à ces soins, leurs parcours et leurs expériences en matière de santé sexuelle et reproductive ont été affectés par des présupposés cishétérosexistes sur leur identité, leurs comportements et leurs relations.

## **Soins de santé liés à l'affirmation de genre et à la transition pour les personnes trans et les personnes non binaires**

Dans ce projet, près de la moitié des participant·es étaient trans, non binaires ou de genre non conforme. Nombre de ces participant·es se sont demandé si leurs soins de santé favorisaient l'affirmation de leur genre, et une partie des participant·es ayant cherché à obtenir des soins de santé liés à la transition (par exemple, des opérations, des procédures, des traitements hormonaux substitutifs [THS]) a été confrontée à certains défis et obstacles. Les publications font état d'une myriade d'obstacles auxquels se heurtent les personnes TNB pour satisfaire leurs besoins de santé primaire et, pour certain·es, leurs besoins liés à leur transition. Certains obstacles sont systémiques. Par exemple, les personnes TNB au Canada sont moins susceptibles d'avoir un·e médecin de famille ou un·e fournisseur·euse de soins primaires (Scheim et al., 2021; Ziegler

et al., 2020). D'autres obstacles sont liés aux interactions négatives avec les fournisseur·euses de soins de santé, comme les expériences de marginalisation, de stigmatisation et de discrimination, ou au manque de services disponibles (Boyer et al., 2022; Ziegler et al., 2020). Il peut également être difficile pour une personne TNB de trouver un·e fournisseur·euse de soins de santé compétent·e et respectueux·euse de son identité, car seul un nombre limité de praticien·nes est bien informé<sup>7</sup> (Holloway et al., 2022; Ziegler et al., 2019; 2022) sur les soins de santé liés à la transition ou à l'affirmation de genre. La pandémie a également intensifié ces obstacles aux soins. Celle-ci a par exemple eu un impact sur l'accès aux traitements hormonaux, a entraîné des retards dans les interventions chirurgicales d'affirmation de genre et a restreint l'accès aux fournisseur·euses de soins de santé (Grey et al., 2023).

Les personnes TNB fréquentant les centres de santé se heurtent souvent à un système cishétérosexiste. Dès la prise en charge, les formulaires de santé et les dossiers médicaux électroniques forcent souvent les personnes TNB à entrer dans un système binaire sexo-essentialiste, ils ne permettent pas les changements de noms et l'indication de pronoms et utilisent un langage très genré (Gómez et al., 2022; Hurren et al., 2023; Ziegler et al., 2019; 2020). Cela aboutit souvent à des mégenrages, des morinommes et des interactions néfastes avec les fournisseur·euses de soins de santé et le personnel. Par exemple, Claude [blanc·he, non binaire, attiré·e par les femmes, âgé·e d'une cinquantaine d'années, vivant dans une région rurale du Québec] a confié :

“Premier niveau, c'est l'accueil[...]. Quand on est une personne qui commence son affirmation ou bien qui est en transition, faire respecter son prénom choisi, ses pronoms, donc la façon qu'on veut être genrés, c'est un combat continu. [...]. Puis, pourtant, tu mets des notes sur les papiers, tout ça, puis ils sont tout le temps mélangés, puis là ils nous disent « on [ne] peut pas utiliser ton prénom, parce que celui sur la carte

7 Être bien informé·e, c'est connaître les procédures et les aspects médicaux pertinents (les soins de santé liés à la transition, notamment) pour les demandeur·euses de soins trans et non binares. C'est également disposer de certaines compétences culturelles, être sensible et être sensibilisé·e aux problèmes de santé et aux priorités des demandeur·euses de soins TNB.



de RAMQ » [...]. Ça ajoute de l'anxiété, ça ajoute de la pression de ce côté-là.

”

Plusieurs participant·es ont également évoqué la difficulté pour les fournisseur·euses de soins et le personnel à utiliser des pronoms non genrés comme « they » et « iel ». Max [blanc·he, pansexuel·le, trans non binaire, âgé·e d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine du Québec] a confié:

“

Je pense que dans mon cas, j'utilisais les pronoms « iel » puis des accords alternés, fait que des fois avant qu'on appelle mon nom, qu'on m'appelle « Monsieur » quand je suis en attente dans un endroit, souvent je vais le dire aux personnes et puis [...] ce n'est pas toujours respecté

”

Dion [18 ans, PANDC, pansexuel·le, non binaire, vivant dans une région rurale du Manitoba] a confié:

“

Je suis non binaire, personne n'utilise jamais mes pronoms à l'hôpital [...] on me regarde beaucoup d'un air perplexe, surtout parce que ce ne sont pas les pronoms habituels, ce n'est pas assez courant, j'imagine, mais utiliser « them » a l'air plus difficile pour les gens, pour je ne sais quelle raison. (Traduit de l'anglais)

”

Les personnes trans et les personnes non binaires déclarent être angoissées par la divulgation de leur identité de genre dans les centres de soins, où iels craignent en effet de vivre de la discrimination, s'attendent à des expériences négatives et ne se sentent pas en sécurité (Gómez et al., 2022; Ziegler et al., 2019; 2020). Beaucoup de personnes TNB évitent de se faire soigner en raison d'expériences négatives et d'une discrimination anticipée. Plus précisément, les

invalidations, les mégenrages, les morinommages, les maltraitements, les soins non affirmatifs, les harcèlements verbaux et les victimisations subis dans le cadre des soins ont un lien direct avec l'évitement des soins chez les personnes TNB (Boyer et al., 2022; Eiduson et al., 2022; Goldberg et al., 2019; Kattari et al., 2021). Les participant·es à cette étude ont dit se sentir anxieux·ses, mal à l'aise, craintif·ves, intimidé·es, stressé·es et inquiet·ières à l'idée d'accéder à des soins en tant que personne TNB. Claude [blanc·he, non binaire, attiré·e par les femmes, âgé·e d'une cinquantaine d'années, vivant dans une région rurale du Québec] l'a bien résumé:

“

Les accès aux soins de santé sont intimidants pour les personnes de la diversité de genre.

”

Ces peurs et cette anxiété ne sont pas infondées. Les personnes TNB indiquent que les fournisseur·euses de soins ne comprennent pas les identités trans et non binaires et leurs besoins médicaux et n'y sont pas sensibilisés (Goldberg et al., 2019), que les personnes TNB sont mégenré·es et morinommé·es par les fournisseur·euses de soins de santé et le personnel (Boyer et al., 2022; Eiduson et al., 2022) et, surtout chez les demandeur·euses de soins non binaires, que leurs besoins médicaux sont encadrés dans un cadre trans binaire, ce qui laisse souvent leurs besoins médicaux uniques insatisfaits (Lykens et al., 2018). Par exemple, Spencer [blanc·he, queer/gris-asexuel·le, transmasculin·e non binaire, âgé·e d'une trentaine d'années et vivant dans une région rurale du Canada atlantique] a confié:

“

Je suis constamment mégenré·e, il n'y a pas un seul endroit où je peux aller sans l'être, c'est extrêmement difficile pour moi. Je n'ai même plus envie de me faire soigner. (Traduit de l'anglais)

”

Mary [femme blanche, lesbienne trans, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région rurale du Canada atlantique] a expliqué sa réticence vis-à-vis des soins due à sa peur d'être mal traité-e:

“

Le simple fait d'être trans m'inquiète à chaque fois que j'ai une première interaction avec une personne, parce que je ne sais pas comment on va se comporter envers moi en tant que personne transgenre. [...] J'appréhende toujours la façon dont on se comportera avec moi, ce qui me fait hésiter à me faire soigner, car je crains de ne pas être bien traitée. (Traduit de l'anglais)

”

KT [PANDC, queer/pansexuel·le, non binaire, âgé·e d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario] a confié qu'il était stressant de chercher à se faire soigner en raison de la discrimination anticipée ou de la négligence de la part des fournisseur·euses de soins découlant du « syndrome du bras cassé trans ».<sup>8</sup> Ici explique:

“

Aller se faire soigner est très stressant, parfois simplement parce que l'on risque de se faire morinommer, d'être mégenré·e ou de ne pas être respecté·e, voire de ne même pas pouvoir accéder aux soins à cause du syndrome du bras cassé trans ou simplement de l'ignorance du fournisseur·euse de soins qui n'est pas vraiment en mesure de fournir des soins adaptés, en particulier lorsque l'on cherche des soins d'affirmation de genre. (Traduit de l'anglais)

”

<sup>8</sup> On parle de syndrome du bras cassé trans lorsque les symptômes d'un·e patient·e trans ou non binaire sont attribués à tort à son statut de transgenre (Wiegand et al., 2023) ou lorsque « les personnes trans cherchent à se faire soigner pour un problème de santé qui n'est pas lié à leur genre, mais que les soignant·es considèrent que ce problème est une conséquence de leur statut de transgenre » (Paine, 2021, p. 4). Wiegand et al. (2023) ont donné l'exemple d'un·e patient·e non binaire dont la douleur a été attribuée à son traitement hormonal de substitution.

Les praticien·nes et le personnel ne sont généralement pas bien informé·es des besoins de santé des personnes TNB. Certaines personnes trans et certaines personnes non binaires en quête de soins doivent alors se charger d'éduquer leurs fournisseur·euses de soins (Boyer et al., 2022; Holloway et al., 2022; Ziegler et al., 2019; 2020), un rôle particulièrement exigeant lorsque les préoccupations médicales ne sont pas liées à l'identité de genre (Goldberg et al., 2019) ou lorsque l'on est TNB et que l'on a affaire à des centres de soins pour « femmes » (Gómez et al., 2021). Par exemple, Denver [homme blanc, transmasculin/trans queer/gai, âgé d'une trentaine d'années, vivant dans une banlieue du Manitoba] a raconté:

“  
Heureusement, ma médecin de famille m'a soutenu, mais c'est moi qui ai dû lui indiquer toutes les ressources disponibles pour me mettre sous traitement hormonal, car elle ne les connaissait pas du tout avant.  
(Traduit de l'anglais)

”

Si les fournisseur·euses de soins de santé sont mal informé·es, cela risque également de nuire aux patient·es TNB. Spencer [blanc·he, queer/gris-asexuel·le, transmasculin·e non binaire, âgé·e d'une trentaine d'années et vivant dans une région rurale du Canada atlantique] a confié que sa santé avait été mise en danger par l'ignorance des fournisseur·euses de soins de santé:

“  
Ma santé a été mise en danger à plusieurs reprises, car en tant que personne trans, vous devez défendre vos intérêts, vous devez presque en savoir plus que les médecins. (Traduit de l'anglais)

”

Enfin, Finn [queer blanc·he, transmasculin·e/intergenre, âgé·e d'une trentaine d'années, vivant dans une banlieue du Canada atlantique] a utilisé une bonne

analogie en soulignant à juste titre que les médecins ne peuvent pas prétendre à l'ignorance pour d'autres problèmes de santé comme le diabète:

“

Imaginons que vous alliez voir un·e nouveau·elle médecin et que vous disiez : « On m'a récemment diagnostiqué un diabète » et qu'iel vous réponde : « Je n'ai jamais traité de diabète auparavant, trouvez quelqu'un d'autre », vous auriez bien conscience que ce n'est pas normal. Ça ne se fait pas. Si vous manquez de connaissances, c'est à vous qu'il incombe de les trouver en tant que fournisseur·euse de soins de santé. Ce n'est pas aux patient·es ou aux organisations de développer des ressources. (Traduit de l'anglais)

”

Il existe un autre obstacle, souvent exacerbé par la situation géographique, à savoir la nécessité de se déplacer pour recevoir des soins liés à la transition, à condition d'en avoir les moyens. Beaucoup de personnes TNB doivent sortir de leur province ou parcourir de longues distances pour accéder aux soins de santé et aux soins d'affirmation de genre souhaités (Holloway et al., 2022; Ziegler et al., 2019; 2020). En raison du manque de cliniques proposant des soins d'affirmation de genre vitaux, certain·es doivent même se rendre à l'étranger (Koch et al., 2020). Au Canada, plusieurs provinces et territoires n'ont qu'une seule clinique spécialisée dans les soins aux personnes trans. Dans certains cas, les personnes trans doivent même sortir de leur province pour avoir accès à des soins d'affirmation de genre. Spencer [blanc·he, queer/gris-asexuel·le, transmasculin·e non binaire, âgé·e d'une trentaine d'années et vivant dans une région rurale du Canada atlantique] a expliqué que, parce qu'iel vivait dans une région rurale de sa province, il lui était difficile d'avoir accès à un·e spécialiste (dans son équipe de soins d'affirmation de genre). Spencer a raconté:

“

Il faut compter cinq heures de trajet aller pour se rendre en ville ; je rencontre toutes sortes de problèmes : je ne conduis pas, c'est donc un obstacle financier et une question d'accès aux transports. (Traduit de l'anglais)

”

Les participant·es ayant dû quitter leur province ou leur territoire ont dû déboursier de l'argent pour se faire soigner. Par exemple, Finn [queer blanc·he, transmasculin·e/intergenre, âgé·e d'une trentaine d'années, vivant dans une banlieue du Canada atlantique] a dû quitter sa province pour avoir accès à des soins d'affirmation de genre. À cette époque, son assurance provinciale ne couvrait pas ces frais, et Finn a donc dû payer de sa poche. Par ailleurs, compte tenu de la tendance inquiétante à la privatisation des soins de santé, certain·es participant·es craignaient de ne pas pouvoir accéder à des soins d'affirmation de genre en raison de difficultés financières. Anusha [une femme trans PANDC, bisexuelle/pansexuelle, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario] a raconté :

“

Je n'ai pas pu accéder aux services de santé parce qu'il semble qu'une grande partie des services dont j'ai besoin sont privatisés [...] Je n'ai pas accès à [l'assurance maladie de l'Ontario] ni aux prestations de santé. (Traduit de l'anglais)

”

Les personnes ayant accès aux soins de santé liés à la transition font souvent face à de longues listes d'attente (Ziegler et al., 2019 ; 2020) et à des coûts imprévus lorsque les procédures ne sont pas couvertes par la province ou le territoire (Koch et al., 2020). Plusieurs participant·es TNB ont évoqué les longs délais d'attente pour bénéficier de soins d'affirmation de genre ; il faut parfois compter des mois pour se faire rappeler par une clinique et des années pour

une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal substitutif (THS). Les participant·es ont déclaré que ces longs délais d'attente étaient démoralisants, leur donnaient un sentiment de désespoir et avaient un impact négatif sur leurs soins et leur santé mentale. Claude [blanc·he, non binaire, attiré·e par les femmes, âgé·e d'une cinquantaine d'années, vivant dans une région rurale du Québec] a raconté:

“ J’ai dû attendre facilement quatre mois dans une clinique, puis finalement, entre temps, j’ai changé de clinique. [...] De la manière dont j’ai fait mon affaire, j’ai pu avoir un accès plus rapidement, mais la première clinique m’a rappelée après quatre mois. C’est trop long. Quand on est rendu·e là, quand on est rendu·e à vouloir des soins par rapport à notre identité de genre, ce n’est pas dans six mois, un an, le taux de suicide augmente. C’est là qu’on a besoin des soins, mais on dirait que ce n’est pas important, [...] ce n’est pas assez important. ”

Jyoti [une personne PANDC, lesbien·ne non-binaire, d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine du Manitoba] a raconté qu'il attendait une chirurgie d'affirmation de genre depuis deux ans et qu'il s'attendait à devoir attendre deux ans de plus. Jyoti a expliqué:

“ Je pense que cela a un réel impact sur la santé mentale des gens, même sur la mienne. (Traduit de l'anglais) ”

Anusha [une femme trans PANDC, bisexuelle/pansexuelle, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario] a été renvoyée d'un·e fournisseur·euse de soins à un autre et a attendu longtemps avant de pouvoir commencer un THS. Elle a raconté:

“

C'est très stressant parce que j'ai besoin de ces opérations pour pouvoir continuer à avancer, jour après jour. Le temps est compté, ce n'est pas quelque chose pour lequel je peux attendre des mois et des mois.

(Traduit de l'anglais)

”

La pandémie de COVID-19 a eu un impact mondial sur les services de santé et les demandeur·euses de soins (par exemple, l'évitement des soins primaires, Tami et al., 2022). La pandémie a également augmenté la disponibilité et l'accès à la médecine virtuelle ou à la télémédecine pour les Canadien·nes. Les personnes TNB, en particulier celles souffrant de maladies chroniques et d'anxiété, ont préféré les soins virtuels aux soins en personne (Navarro et al., 2022). Dans la présente étude, quelques participant·es ont évoqué les avantages de l'accès aux soins par téléphone, une nouvelle option depuis le début de la pandémie, et la manière dont cela a permis d'éliminer plusieurs obstacles. Grâce à la télémédecine, Spencer [blanc·he, queer/gris-asexuel·le, transmasculin·e non binaire, âgé·e d'une trentaine d'années et vivant dans une région rurale du Canada atlantique] n'a pas eu à se rendre à des rendez-vous très éloignés et a ainsi pu éviter la grossophobie parfois présente lors des rendez-vous en personne. Il a témoigné :

“

Le côté positif : je n'ai pas vu mon endocrinologue en personne à cause de la COVID-19, il se trouve à cinq heures de route, donc les rendez-vous se sont transformés en appels téléphoniques, ce qui me va très bien, car je n'ai pas à payer de navette aller-retour vers la ville et à payer l'hébergement. De plus, j'ai aussi pu éviter toutes les autres petites choses complexes auxquelles j'ai dû faire face lors de ces rendez-vous en personne, comme la grossophobie. (Traduit de l'anglais)

”



Dans le cas de Denver [homme blanc, transmasculin/trans queer/gai, âgé d'une trentaine d'années, vivant dans une banlieue du Manitoba], les options de soins virtuels sont synonymes de commodité et de flexibilité pour quelqu'un travaillant à temps plein. Ici explique:

“

Comme je travaille à plein temps, huit heures par jour, pour me payer un logement, j'apprécie le côté pratique et flexible des rendez-vous virtuels [...] ne pas avoir à prendre tout ce temps en plus sur ma journée déjà bien chargée quand je suis déjà épuisé. C'est l'une des conséquences positives de la COVID-19. (Traduit de l'anglais)

”

Par conséquent, si la pandémie a eu une myriade d'effets négatifs sur le système de santé, elle a également permis de mettre en place de nouvelles options qui ont amélioré l'accès aux soins pour les personnes TNB et d'autres participant·es à cette étude.

Dans l'ensemble, les expériences négatives et les discriminations anticipées entraînant l'évitement ou le report des soins ont un impact considérable sur la santé et le bien-être des personnes TNB. Les expériences passées et l'anticipation d'interactions mauvaises ou néfastes ont un impact négatif sur le futur recours aux soins et aux traitements médicaux. Par ailleurs, le fait que les personnes TNB soient d'une manière générale moins susceptibles d'avoir un·e médecin de famille ou un·e fournisseur·euse de soins primaires ainsi que le manque général de services de soins d'affirmation de genre entraînent l'insatisfaction de leurs besoins en soins de santé primaires et d'affirmation de genre. Les personnes TNB témoignent également d'autres obstacles à l'accès aux soins, tels que les longs délais d'attente, le nombre limité de spécialistes, l'obligation de se déplacer pour les soins liés à la transition, l'augmentation des frais à la charge du patient et la privatisation des soins liés à la transition. Les personnes TNB bénéficiant de ces soins déclarent également être angoissées à l'idée de révéler leur identité de genre, d'être mégenrées, morinomées

ou de vivre de la discrimination, de voir leurs besoins satisfaits par des fournisseur-euses de soins mal informés et de devoir se charger d'éduquer les praticien·nes et le personnel. Tous ces facteurs se cumulent et interagissent de telle sorte qu'ils aboutissent à créer un système de santé inaccessible et néfaste pour les personnes trans et non binaires en quête de soins, et ce dans tout le Canada.

## Soins de santé mentale

De plus en plus d'études montrent que les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ sont touchées de manière disproportionnée par les problèmes de santé mentale (Dürribaum & Sattler, 2020; Hatzenbuehler, 2009). Par exemple, des études indiquent des taux plus élevés de troubles de stress post-traumatique (TSPT) chez les femmes plurisexuelles (Walters et al., 2013) et les personnes transgenres et les personnes non binaires (James et al., 2016). Ces populations présentent également des taux plus élevés de troubles de l'anxiété et de l'humeur (Borgogna et al., 2019), de troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive (Whitehead et al., 2016), de préoccupations liées à l'image du corps (Mason et al., 2018), de troubles alimentaires (Watson et al., 2016) et de suicidalité (Dunlop et al., 2020). Ces disparités s'expliquent notamment par la discrimination et la stigmatisation (Hsieh et Shuster, 2021), les personnes plurisexuelles LBQ étant confrontées à des formes particulières de stigmatisation, telles que la binégativité et le monosexisme<sup>9</sup> (Schulman et Erickson-Schroth, 2019), ainsi qu'à des stéréotypes néfastes (par exemple, les personnes plurisexuelles sont dévergondées) (Brewster et Moradi, 2010). La stigmatisation peut entraîner des taux plus élevés de problèmes psychologiques chez les personnes plurisexuelles que chez les personnes hétérosexuelles et gaies/lesbiennes (soit monosexuelles) (Ross et al., 2018; Salway et al., 2019). De plus, les personnes LBQ racialisées, en particulier les personnes multiraciales, souffrent d'une santé mentale précaire en raison de la marginalisation et

---

<sup>9</sup> Par monosexisme, on entend la stigmatisation, les préjugés ou la discrimination dont sont victimes les personnes bisexuelles ou plurisexuelles en raison de leur identité sexuelle, et notamment la croyance selon laquelle l'attraction romantique ou sexuelle pour un seul sexe est supérieure à l'attraction pour plusieurs sexes.

de l'invisibilisation intersectionnelles (Felipe et al., 2022). À ces stéréotypes s'ajoutent les obstacles auxquels les femmes LBQ, les personnes trans et les personnes non binaires sont confronté·es lorsqu'iels cherchent à accéder à des soins de santé mentale ou y accèdent, notamment la crainte de se voir refuser des soins ou le manque de connaissances des fournisseur·euses de soins de santé mentale concernant leurs besoins (Schulman & Erickson-Schroth, 2019).

Les expériences des participant·es dans la recherche et l'accès aux soins de santé mentale reflètent à bien des égards leurs expériences en matière de soins primaires, sexuels, reproductifs et de transition. Les participant·es ont principalement mis l'accent sur le rejet généralisé de leurs problèmes de santé mentale, l'inaccessibilité des services de santé mentale et les effets néfastes de ces services qui sont enracinés dans des cadres paternalistes, biomédicaux et coloniaux. Lors des discussions sur la recherche et/ou l'accès aux soins de santé mentale, les participant·es ont surtout mentionné le fait de ne pas être pris·es au sérieux ou d'être rejeté·es. Par exemple, Anusha [une femme trans PANDC, bisexuelle/pansexuelle, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario] a déclaré qu'elle avait souvent l'impression que les fournisseur·euses de soins de santé mentale ne connaissaient pas ses besoins et voulaient par conséquent « se débarrasser [d'elle] et [la] renvoyer à quelqu'un d'autre ». Anusha a ensuite expliqué qu'il lui avait fallu beaucoup de temps pour réaliser qu'elle avait besoin de soins de santé mentale. Néanmoins, une fois qu'elle y a finalement accédé, ses problèmes de santé mentale ont été rejetés comme étant simplement le résultat d'un rythme scolaire chargé ou d'un problème lié à son travail. Naomi [une femme queer PANDC, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario] a également eu l'impression que ses problèmes de santé mentale ne seraient pas pris au sérieux à moins qu'un·e fournisseur·euse de soins de santé ne décide de leur gravité, ce qui l'a obligée à « jouer » avec leur gravité pour être sûre de bien recevoir un traitement:

“

J'ai été confrontée à beaucoup d'obstacles dans l'accès aux services de santé mentale, j'ai un peu l'impression qu'il y a énormément de démarches à entreprendre. Le problème doit être critique, vous devez littéralement les appeler, comme votre médecin, qui décide par exemple qu'on ne peut pas vous laisser toute seule. Il faut donc jouer avec la gravité de la situation ou être un danger pour soi-même pour que l'on vous prenne au sérieux. (Traduit de l'anglais)

”

La stigmatisation de la part des fournisseur·euses à l'égard des personnes souffrant de problèmes de santé mentale a également joué un rôle dans le sentiment de rejet des participant·es. Claire [PANDC, trans bisexuel·le/ pansexuel·le, non binaire, âgé·e d'une vingtaine d'années, vivant dans une région urbaine de la Colombie-Britannique] a raconté comment une hospitalisation antérieure due à une urgence psychiatrique l'avait « suivie » et avait été source d'obstacles à chaque visite médicale, même pour un problème qui n'avait aucun lien avec sa santé mentale. Elle a expliqué :

“

J'ai été hospitalisée pendant très longtemps à cause de ma santé mentale. Une fois diagnostiquée, cette hospitalisation m'a suivie à chaque fois que j'ai consulté pour des soins. Même si je vais aux urgences pour quelque chose qui n'a rien à voir avec ma santé mentale, comme des douleurs à la poitrine, on ne prend pas mon problème au sérieux dès qu'on voit que j'ai déjà été hospitalisée et que j'ai tous ces troubles mentaux. Il y a donc cette barrière qui me suit partout, comme si personne ne me prenait plus au sérieux [...] à cause de mon diagnostic qui me suit partout. (Traduit de l'anglais)

”

L'expérience de Claire met en évidence la façon dont le détournement cognitif en médecine, comme nous l'avons vu plus haut, s'entrecroise avec la

stigmatisation de la santé mentale pour créer des barrières complexes pour les personnes LBQ vivant avec des problèmes de santé mentale. Elle a poursuivi en précisant qu'elle craignait que les fournisseur·euses de soins de santé ne la déclarent « mentalement instable » en raison de son identité sexuelle, et qu'après être sortie du placard, ils n'avaient pris au sérieux ni son identité ni ses problèmes de santé mentale. Venant confirmer ce lien évoqué par Claire, des recherches antérieures ont également démontré que les stigmatisations liées à l'identité sexuelle et aux troubles mentaux étaient interdépendantes (Kidd et al., 2011). Plus précisément, la pathologisation des identités 2SLGBTQI peut amener les fournisseur·euses à les assimiler à des problèmes de santé mentale, ce qui aboutit à des traitements inefficaces et néfastes (Hudson-Sharp et al., 2016).

L'inaccessibilité est la deuxième préoccupation soulevée par les participant·es dans le cadre de leurs témoignages sur les soins de santé mentale.

L'inabordabilité de la plupart des soins de santé mentale est un obstacle qui a été fréquemment mentionné, beaucoup de participant·es ayant évoqué le coût élevé de ces soins (ainsi que des soins dentaires et des soins de la vue, comme indiqué dans la section « soins primaires »). Les obstacles liés à l'abordabilité semblent s'intensifier avec l'âge, comme l'ont mentionné Anusha [une femme trans PANDC, bisexuelle/pansexuelle, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario] et Emily [une femme PANDC, bisexuelle/pansexuelle, âgée d'une vingtaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario], respectivement:

“

Je n'ai pas vraiment droit à des prestations de santé ou à quoi que ce soit d'autre. Alors chaque dollar compte, [...] surtout pour les soins de santé mentale et ce genre de choses. Passé 30 ans, j'ai l'impression qu'il n'y a plus beaucoup de services à votre disposition, du moins pas gratuits. (Anusha) (Traduit de l'anglais)

”

“

La thérapie n'est pas couverte par notre régime d'assurance maladie et elle coûte tellement cher. J'ai eu beaucoup de chance par le passé, car mes parents ont pu payer pour moi, mais aujourd'hui, en tant qu'adulte, c'est à moi de payer. Et je ne peux vraiment pas me le permettre. Mon université prend en charge quatre sessions par an, [mais] il m'en faut plus. (Emily) (Traduit de l'anglais)

”

Le manque de services adaptés et affirmatifs pour les personnes 2SLGBTQI est un autre obstacle aux soins de santé mentale. Aggravé par des approches fragmentées des soins, le manque de soins de santé mentale affirmatifs a obligé les participant·es à naviguer le système du mieux qu'iels le pouvaient. Il leur a fallu accomplir un travail émotionnel et mental considérable pour s'y retrouver, ce qui a entraîné des conséquences sur leur santé mentale. Lorsqu'on lui a demandé de décrire ses expériences concernant l'accès aux soins de santé, Sofiane [blanc·he, bisexuel·le, non binaire, âgé·e d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine au Québec] a partagé l'effet retraumatisant des approches psychiatriques du genre:

“

Pour ma part, le terme « sinueux » m'est venu à l'esprit, comme une route [...] il faut vraiment apprendre à naviguer entre différentes ressources qui ne sont pas interconnectées, alors qu'elles devraient l'être. Par exemple, en psychiatrie, les questions de genre ne sont pas du tout abordées; certaines expériences traumatisantes ne sont jamais vraiment prises en compte. (Traduit de l'anglais)

”

De même, Lou [blanc·he, queer/bisexuel·le non binaire, d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine au Québec] a expliqué qu'iel évitait de mentionner son genre et sa sexualité pendant ses interactions avec les psychologues pour ne pas être pathologisé·e (soit pour ne pas que son genre

ou son orientation sexuelle soit considéré comme la « cause première » de ses problèmes de santé mentale):

“

J’ai longtemps complètement évité le sujet de mon genre et de mon identité sexuelle, car ce n’était pas la raison pour laquelle je consultais un·e professionnel·le de la santé mentale et que je ne voulais pas que l’on me dise que j’étais malheureux·se parce que je ne m’affirmais pas suffisamment dans mon genre ou [...] qu’on rejette les conséquences de mes expériences sur la mauvaise cause. J’avais tellement peur que ça m’arrive et j’ai eu tant de mauvaises expériences que j’évitais carrément ce sujet dans mes interactions avec les psychologues, pour que ça ne devienne pas, je ne sais pas trop comment l’expliquer, une solution de facilité pour eux et qu’ils me disent : « Vous allez bien, mais c’est parce que vous n’assumez pas assez votre identité, que vous n’êtes pas à l’aise avec votre bisexualité et votre identité de genre », alors que ça n’avait rien à voir, ce n’était pas du tout la raison pour laquelle je n’allais pas bien. Vous savez, lorsque vous naviguez dans le système de soins de santé, cacher une partie de vous-même devient un réflexe automatique.

(Traduit de l’anglais)

”

Même les participant·es qui auraient vraisemblablement moins d’obstacles à l’accès en raison de leurs privilèges économiques ont rencontré des difficultés à trouver des services d’affirmation 2SLGBTQI. Par exemple, Quinn [blanche, femme queer/gaie d’une trentaine d’années, vivant dans une zone urbaine d’une province atlantique du Canada], qui travaille elle-même dans les services de santé mentale du gouvernement, a raconté:

“

J’ai eu beaucoup de mal à trouver quelqu’un à qui parler qui puisse comprendre mon point de vue [et] les problèmes auxquels je suis confrontée. (Traduit de l’anglais)

”

Une autre participante, Alyssa [une femme blanche, cisgenre queer/lesbienne d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine d'une province atlantique du Canada] a souligné à plusieurs reprises à quel point elle était privilégiée d'avoir les moyens d'accéder en ligne à des soins de santé mentale respectueux des personnes queer, compte tenu du manque de fournisseur·euses compétent·es dans sa région:

“

Je me suis aussi rendu compte qu'il n'y avait pas de fournisseur·euses de soins pour les personnes queer dans la région [qui] sont respectueux·euses des personnes queer [...] même s'ils sont respectueux·euses, cela ne veut pas dire qu'ils peuvent comprendre vos expériences ou la raison pour laquelle vous êtes là, ou les obstacles auxquels vous êtes confronté·es. Vous savez, ils sont empathiques, mais ils ne comprennent pas toujours. Alors, oui, malheureusement, j'ai dû utiliser ce privilège pour trouver une thérapie queer en ligne, par l'intermédiaire d'un·e praticien·ne aux États-Unis. (Traduit de l'anglais)

”

Comme Alyssa, Emily [une femme PANDC, bisexuelle/pansexuelle, âgée d'une vingtaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario] a affirmé que son privilège économique n'était pas suffisant pour lui permettre d'accéder à certains des soins de santé mentale qu'elle recherchait:

“

Il n'est toujours pas facile de passer des tests diagnostiques pour certains troubles comme le TDAH. J'aimerais beaucoup passer ce test, mais je n'ai pas 1200 \$ à dépenser. (Traduit de l'anglais)

”

Dallas [blanc·he, queer, non binaire, âgé·e d'une trentaine d'années, vivant dans une zone urbaine de la Saskatchewan] a également souligné que, malgré



l'inaccessibilité de la psychiatrie dans sa province, sa profession lui accordait un certain privilège quant à l'accès aux soins de santé mentale et à leur qualité:

“

Dans ma province, la psychiatrie est inaccessible à beaucoup de personnes. Je reconnais que mon travail m'a donné un certain privilège et m'a permis d'entrer en contact avec quelqu'un, juste parce que je travaille moi aussi dans le domaine de la santé. Ce·tte fournisseur·euse a toujours été très respectueux·se [à chaque fois que] j'ai parlé de tout ce qui a trait à mon genre ou à ma sexualité; [iel] a été super content·e pour moi quand j'ai eu une nouvelle petite amie. C'était agréable d'avoir une relation comme ça, où un·e fournisseur·euse pouvait être content·e et célébrer avec vous. (Traduit de l'anglais)

”

Même s'il est prometteur que certain·es participant·es aient eu des expériences positives, le fait de considérer les soins de santé mentale de qualité comme un privilège plutôt que comme un droit reflète des problèmes structurels plus larges, tels que le sous-financement fédéral des soins de santé mentale (Raycraft, 2023) et l'idée largement répandue selon laquelle la santé mentale est moins importante que la santé physique (Ollivier et al., 2021). Certain·es participant·es ont d'ailleurs évoqué ces obstacles structurels à l'accès, qui viennent s'ajouter aux obstacles financiers. Le manque d'investissement dans les soins de santé mentale, le manque de ressources, la difficulté à trouver des fournisseur·euses de soins de santé mentale et les longues listes d'attente font partie de ces problèmes, comme l'a décrit Denver [homme blanc, transmasculin/trans queer/gai, âgé d'une trentaine d'années, vivant dans une banlieue du Manitoba]:

“

J'aimerais que la santé mentale soit davantage une priorité, car dans le système de santé en général, comme à [petite ville du Canada atlantique], il faut vraiment chercher soi-même pour accéder à des soins

de santé mentale. Il est souvent difficile de trouver un·e thérapeute, et les listes d'attente sont souvent très longues [...] c'est quelque chose qui est tellement difficile d'accès et qui est souvent négligé et même jamais suggéré par un grand nombre de fournisseur·euses de soins de santé. Souvent, les gens ici doivent payer de leur poche, ce serait bien si c'était plus accessible. (Traduit de l'anglais)

”

Un autre obstacle structurel à l'accès émerge de la relation entre les soins de santé primaires et les soins de santé mentale : comme décrit précédemment dans ce rapport, les fournisseur·euses de soins de santé primaires sont souvent les gardien·nes de l'accès à d'autres formes de soins de santé, y compris les soins de santé mentale. Pour certain·es participant·es, comme Anusha [une femme trans PANDC, bisexuelle/pansexuelle, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine de l'Ontario], l'obstructionnisme des soins primaires, couplé aux lacunes dans les processus d'orientation, a augmenté les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale nécessaires:

“

[Les médecins] me disaient parfois ce genre de choses : « D'accord, si c'est vraiment ce que vous voulez, nous pourrions vous recommander un·e psychiatre ». Et je répondais : « Pourquoi pas, on peut essayer ». Mais on ne me rappelait jamais. Parfois, je parlais à des médecins qui me disaient qu'ils ne voulaient pas m'aider parce qu'il me fallait un·e médecin de famille, car je n'en avais pas à l'époque. (Traduit de l'anglais)

”

Les difficultés d'accès aux soins de santé mentale décrites par les participant·es sont troublantes, des recherches ayant démontré que le manque d'accès à des services de santé mentale inclusifs, en particulier pour les femmes trans et bisexuelles et les personnes de diverses identités de genre, est un facteur

contribuant à des niveaux élevés de dépression, de suicidalité et d'autres problèmes psychologiques (Steele et al., 2017; Cronin et al., 2021).

Un troisième thème émerge des réflexions des participant·es sur leurs expériences des soins de santé mentale : la façon dont les approches paternalistes, coloniales et biomédicales ont créé des obstacles intersectionnels et cumulés à ces soins. À l'instar des soins primaires (également Boyer, 2017), les participant·es ont souligné la manière dont les soins de santé mentale reproduisaient les présupposés racistes définissant les patient·es racialisé·es comme étant à la fois « faibles » et « surnaturellement fort·es ». L'hypothèse selon laquelle les patient·es racialisé·es sont faibles est fondée sur le racisme paternaliste qui considère les groupes racialisés comme inférieurs et devant être « sauvés » (Gebhard et al., 2022). La seconde hypothèse découle des préjugés des fournisseur·euses quant aux seuils de douleur soi-disant plus élevés chez les patient·es racialisé·es (par exemple, la croyance selon laquelle les personnes noires ont des terminaisons nerveuses moins sensibles, une peau plus épaisse et des os plus solides, Jones et al., 2020). Une expérience partagée par Preeti [une femme queer, PANDC, âgée d'une vingtaine d'années, vivant dans une zone urbaine de l'Ontario] met en évidence ces préjugés paradoxaux à l'encontre des personnes racialisées cherchant à se faire soigner, et comment le fait d'ignorer le rôle de la colonisation dans le façonnement des expériences des patient·es racialisé·es dans la santé mentale et les soins de santé ne fait que perpétuer ces préjugés:

“

Quand on est une femme racialisée, ou une personne racialisée et handicapée, on se heurte à des images bien précises de ce qu'est un·e patient·e typique [...] J'ai parfois l'impression que l'on suppose que j'ai besoin d'être sauvée, surtout dans les centres de santé mentale. Je me souviens d'une fois où je parlais à cette IA du TDAH et que j'évoquais les antécédents psychiatriques de ma famille. Je disais « Oh, je pense

personnellement qu'il y en a, mais à cause de la stigmatisation, beaucoup n'en parlent pas. Mais je suis capable d'identifier des schémas, maintenant que je suis plus âgée et que je peux réfléchir à comment les gens ont grandi. J'arrive aussi à émettre des hypothèses sur les schémas de dépression, d'anxiété ou de TSPT, quels qu'ils soient. » C'est en toute franchise que j'avais mentionné que les gens n'en parlaient pas [...] Je pense que cette infirmière n'a pas vraiment réfléchi à ce qu'elle disait, mais elle m'a dit : « Ah oui, j'imagine très bien que différentes cultures peuvent avoir différentes façons d'en parler ». Je lui ai répondu : « Ne vous méprenez pas. C'est une conséquence de la colonisation, et non une caractéristique inhérente aux communautés racialisées. » Je pense que ce genre de petites choses témoignent d'un manque de compétence culturelle [...] c'est vraiment une réalité de la vie dans un monde postcolonial. Je trouve qu'il est tellement vaste et souvent très contradictoire. J'ai l'impression de voir souvent ce stéréotype de la force surnaturelle et de la faiblesse inouïe, et comment on y fait face [...] Ce n'est pas logique, je trouve que c'est souvent contradictoire, ce qui rend les choses encore plus difficiles, parce que parfois on ne sait pas vraiment à quoi s'attendre, on ne sait pas auquel de ces stéréotypes ou préjugés on sera confronté. (Traduit de l'anglais)

”

Les stéréotypes et les préjugés rencontrés par les personnes 2SLGBTQI racialisées lorsqu'elles accèdent aux soins de santé mentale engendrent de l'incertitude et de la frustration et aggravent les problèmes de santé mentale (Bastos et al., 2018). Par exemple, il a été démontré que le fait d'être confronté au racisme ou à des préjugés raciaux prédit dans une large mesure les obstacles à l'accès et au maintien des soins de santé mentale en provoquant la méfiance et la peur d'une nouvelle discrimination (Dawes et al., sous presse). Cette relation illustre la nécessité d'adopter des approches explicitement anti-racistes des soins de santé mentale pour les personnes 2SLGBTQI.

Même lorsqu'elles ne sont pas explicitement liées au colonialisme, les expériences de certain·es participant·es ont clairement révélé comment les approches biomédicales ont créé des environnements dangereux et néfastes en matière de soins de santé mentale. Par exemple, Tori [PANDC, bispirituel·le, bisexuel·le, de genre fluide, âgé·e d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine du Manitoba] a décrit ses expériences dans un centre de crise:

“

On vous garde dans une pièce pendant 24 heures [...] Puis on vous place dans une unité de stabilisation. Mais on se croirait dans un hôpital, vous avez un casier, un lit et une chambre vraiment horribles. Vous y restez environ une semaine [...] tout un tas d'autres personnes très instables sont là avec vous alors que vous vous sentez vulnérable et instable. C'est le désordre, on ne s'y sent pas bien, [et] on ne se sent pas assez en sécurité pour se restabiliser, se ressourcer et se recentrer. On y est à la fois confronté à l'homophobie et à la grossophobie. (Traduit de l'anglais)

”

Les expériences comme celle de Tori illustrent comment les approches biomédicales aux soins de santé mentale peuvent aggraver plutôt qu'améliorer les sentiments d'instabilité et de vulnérabilité. L'homophobie et la grossophobie dans les centres de crise intensifient ces sentiments de vulnérabilité. En raison des formes intersectionnelles de discrimination et de la pathologisation des identités 2SLGBTQI dans les centres de santé mentale (Rees et al., 2021), certain·es participant·es comme Annette [femme blanche, lesbienne, âgée d'une trentaine d'années, vivant dans une région urbaine du Québec], ont décrit un sentiment d'anxiété anticipée au moment d'entrer dans les centres de santé mentale:

“

Les liens symboliques autour de la santé mentale et des hôpitaux ont déclenché [mon] anxiété avant [...] l'évocation de mon orientation sexuelle. Je ne me souviens plus très bien des mots employés, mais le

médecin avait dit quelque chose qui m'avait dérangée. Je ne sais pas, c'est comme si mon orientation sexuelle était synonyme d'instabilité.  
(Traduit de l'anglais)

”

Comme l'illustrent les expériences des participant·es mentionné·es ci-dessus, l'accès aux soins de santé mentale a malheureusement été caractérisé par le rejet, la stigmatisation intersectionnelle, l'inaccessibilité et le manque de sécurité. Ces expériences négatives expliquent en grande partie pourquoi les femmes LBQ, les personnes trans et les personnes non binaires retardent ou évitent les soins de santé mentale (Matouk et al., sous presse). La discrimination et la stigmatisation constantes dans les centres de santé mentale amplifient les disparités psychologiques dont souffrent déjà ces groupes.

## **Médecine complémentaire et entraide**

Globalement, les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ avec lesquelles nous nous sommes entretenu·es ont partagé des expériences de soins caractérisées par la charge émotionnelle et mentale, le détournement cognitif, l'inaccessibilité et le manque de soins sécuritaires et affirmatifs. Les participant·es ont aussi partagé de multiples exemples de stigmatisation, de marginalisation et de discrimination de la part de fournisseur·euses de soins de santé dans divers contextes (par exemple, soins primaires, soins de santé sexuelle, soins de santé reproductive, soins liés à la transition et soins de santé mentale). Ces problèmes structurels et cette incapacité systémique servent de « facteurs d'incitation » et poussent les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ à se tourner vers les médecines complémentaires et parallèles (MCP), les soins communautaires et les réseaux d'entraide pour obtenir des informations et des soins (Goldberg et al., 2018). La frustration générale face à l'incapacité du « système » à répondre à leurs besoins est illustrée par la déclaration poignante

de Sidney [une femme blanche, lesbienne/dyke, d'une soixantaine d'années, vivant dans une zone urbaine en Colombie-Britannique] :

“  
Tout repose en fait sur les systèmes. Mais je ne peux pas les attendre, je serai morte avant. C'est maintenant que j'ai besoin qu'ils fonctionnent.  
(Traduit de l'anglais)  
”

Bien que les participant·es à ce projet ne se soient pas attardé·es à la MCP ou les soins communautaires comme l'entraide, des recherches antérieures ont démontré que les personnes 2SLGBTQI allaient chercher des soins et des services en dehors du système de santé traditionnel afin de bénéficier d'un meilleur accès à des fournisseur·euses informé·es sur les questions queer et de prendre le contrôle de leurs soins (Carpenter, 2021). Les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ racialisées sont particulièrement susceptibles de se détourner du système de santé, en raison du rôle historique et continu de la biomédecine comme instrument de colonisation et des préjudices en résultant pour les communautés racialisées (Cerezo et al., 2021). Cependant, comme la MCP n'est que rarement couverte par les assurances (là encore, un effet secondaire des systèmes coloniaux), les patient·es doivent débourser des sommes considérables pour accéder à ces services. Comme dans la défense des droits, il faut que les privilèges socio-économiques et la situation sociale d'une personne lui permettent de s'orienter vers des soins en dehors des canaux et cadres habituels.

Au-delà des obstacles à l'accès à la MCP et aux soins communautaires, il convient de réfléchir à ce qui pousse les gens à s'éloigner des soins « traditionnels » (à savoir, occidentaux et biomédicaux). Le présent rapport a mis en évidence les obstacles à l'accès et les difficultés à obtenir des soins de qualité, mais il est probable qu'au moins certaines femmes, personnes trans et non binaires LBQ, en particulier celles qui sont racisées, évitent consciemment la biomédecine occidentale en raison des préjudices qu'elle

a infligés à ces personnes et à leurs communautés. Par conséquent, les recommandations formulées ci-dessous découlent d'une reconnaissance et d'une critique explicites de la manière dont les systèmes de santé peuvent perpétuer le racisme structurel en stigmatisant et en discriminant les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ marginalisées de manière intersectionnelle. Par ailleurs, toute action intersectorielle adéquate visant à améliorer l'accès aux soins de santé pour ces populations nécessite une réflexion critique sur la manière dont les systèmes d'oppression (par exemple, le racisme, le sexisme, le cishétérosexisme et le capacitisme) s'entrecroisent pour façonner l'accès aux soins et les expériences qui y sont associées.



# Recommandations

La stigmatisation et le stress minoritaire dont souffrent les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ se manifestent aux niveaux individuel, interpersonnel et structurel (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016), créant ainsi des obstacles à l'accès aux soins. Les participant·es à cette étude ont partagé une multitude d'exemples durant lesquels leur accès aux services de santé, ou leur expérience de ces services, a été problématique, néfaste et discriminatoire. Au total, les participant·es ont formulé près d'une centaine de recommandations appelant au changement ou à l'action (voir la figure 1). Nous les avons organisées par thèmes et avons formulé des recommandations à plusieurs niveaux pour lever ces obstacles à l'accès aux soins pour les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires LBQ au Canada.

## Figure 1. Recommandations des participant·es

- Formulaires et systèmes informatiques inclusifs
- Pronoms sur les badges
- Salles d'attente plus sûres
- Soins anti-misogynes
- Soins sans stigmatisation
- Politiques anti-racistes
- Politiques anti-transphobes
- Demander et utiliser nos pronoms
- Ne pas s'en tenir à ses préjugés
- Formation incitative
- Formation approfondie
- Soins de santé sexuelle sans honte
- Formation plus solide à l'école de médecine
- Éducation et formation axées sur les points forts
- Queerité comme promotion de la santé
- Meilleure sensibilisation à l'asexualité pour les fournisseur·euses de soins de santé
- Soins sans préjugés sur le poids

- Meilleur accès à des informations et à des ressources inclusives
- Accès à des traducteur·rices dans les centres de soins
- Accès universel aux soins, quel que soit le statut de citoyen
- Meilleur accès à des services de santé mentale tenant compte des traumatismes
- Réduction des temps d'attente pour tous types de soins
- Réduction des temps d'attente pour les soins d'affirmation de genre
- Meilleur accès à des services reproductifs inclusifs
- Rôles de navigateurs du milieu des soins de santé investissements dans les cliniques et les centres communautaires
- Recrutement et rétention des personnes pandc et 2slgbtqi
- Augmentation du nombre de médecins, de médecins de famille et d'infirmier·ières praticien·nes
- Lutter contre l'épuisement professionnel des fournisseur·euses de soins de santé
- Reconnaissance et valorisation de la médecine non occidentale

## Recommandations à Divers Niveaux

### Pour l'éducation et la formation

- Inclure un contenu obligatoire sur la santé des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ dans les programmes d'enseignement des professions de la santé, y compris dans les écoles de médecine et les programmes de sciences infirmières, de travail social, d'obstétrique et de travail de soutien à la personne
- Inclure un contenu de formation obligatoire sur la corrélation des systèmes de domination (par exemple, le racisme, la grossophobie et le cishétérosexisme) et proposer des stratégies concrètes pour lutter contre

ces systèmes à plusieurs niveaux (interpersonnel, organisationnel et structurel) dans les soins de santé et autres services

- Rendre obligatoires la formation et le perfectionnement professionnel continu pour tous les fournisseur-euses de soins de santé en exercice et le personnel travaillant en première ligne. Cela concerne les centres de santé dans les domaines liés à la santé des personnes 2SLGBTQI en général, mais aussi les services de santé sexuelle, reproductive et mentale spécifiquement liés et/ou répondant aux besoins des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ dans ces secteurs
- Développer, mettre en œuvre et encourager une formation approfondie pour les médecins et autres praticien·nes pour qu’iels comprennent les soins de santé liés à la transition et se qualifient dans la prestation de ceux-ci
- Développer, mettre en œuvre et encourager une formation approfondie pour les médecins et autres praticien·nes pour qu’iels comprennent les soins de santé aux personnes non binaires et non conformes au genre et se qualifient dans la prestation de ceux-ci

### **Pour les professionnel·les de la santé**

- Considérer les patient·es comme de véritables partenaires dans leurs soins de santé : écouter et prendre au sérieux leurs préoccupations et leurs expériences
- Rechercher des opportunités d’apprentissage continu spécifiques à la santé des personnes 2SLGBTQI en général, et également spécifiques aux besoins en matière de santé des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ (par exemple, soins liés à la transition). Là où ces opportunités font défaut, plaider en leur faveur

- Ne pas supposer l'identité de genre, la sexualité, la structure familiale, les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, les désirs, les types de relations ou les comportements des personnes
- Ne pas s'en tenir aux idées préconçues fondées sur l'âge, les capacités, la taille, l'origine ethnique, le statut socio-économique ou d'autres critères. Les préjugés implicites nuisent aux patient·es et réduisent l'accès aux soins; les comportements discriminatoires explicites et les déclarations préjudiciables nuisent non seulement aux soins, mais peuvent aussi aller à l'encontre des codes de déontologie professionnelle
- Adopter des pratiques et des valeurs anti-racistes et anti-oppressives au niveau organisationnel, communiquer clairement ces valeurs, et soutenir et promouvoir ces pratiques avec le personnel

### **Pour un changement des systèmes de santé**

- Veiller à ce que les soins de santé au Canada restent conformes aux normes d'un système universel financé par l'État, l'accès aux soins de santé étant actuellement fragmenté au sein des provinces et territoires et entre eux. Cela implique de s'opposer aux efforts de privatisation des soins de santé
- Prendre des mesures immédiates pour augmenter l'offre et l'accès aux médecins de premier recours et aux infirmier·ères praticien·nes et améliorer la continuité des soins
- Élargir le financement public des services de soins primaires fondamentaux, y compris les soins de la vue, les soins dentaires et les soins de santé mentale pour les personnes de tous âges
- Améliorer l'accès et le financement des services de santé liés à la fertilité, à la reproduction et à la transition

- Actualiser les politiques et les pratiques d'information sur la santé afin d'inclure les différents genres et sexualités et de préserver la confidentialité des dossiers des patient·es
- Développer et améliorer l'accès des demandeur·euses de soins à des informations et des ressources sur les soins de santé liés à la sexualité, à la reproduction, à la fertilité et à la transition à la fois inclusives et affirmatives pour les personnes 2SLGBTQI
- Renforcer le soutien au recrutement, à la formation et au maintien en poste des professionnel·les de la santé 2SLGBTQI, autochtones, noir·es et racialisé·es susceptibles de devenir des leader·euses dans leur domaine
- Renforcer le soutien à la recherche médicale fondamentale permettant de continuer à documenter et à étudier les disparités en matière de santé et d'accès aux soins ainsi que les pratiques prometteuses
- Encourager les fournisseur·euses de soins de santé à s'informer sur les approches anti-racistes, anti-oppressives et axées sur la justice sociale en matière de prestation de services, et leur donner des opportunités concrètes en ce sens. Cette démarche permettrait aux fournisseur·euses de soins de santé de devenir des agent·es actif·ves dans la lutte contre le racisme, la grossophobie, le cishétérosexisme et d'autres systèmes d'oppression

# Conclusion

**Quelles sont les priorités des femmes, des personnes trans et des personnes non-binaires lesbiennes, bi+ ou queer en termes de santé et d'accès aux soins de santé au Canada? Quelles actions peuvent être mises en place au sein des différents secteurs pour traiter ces priorités?**

Réponse : il y en a beaucoup. Comme le révèle ce rapport, les expériences des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ en termes d'accès aux soins sont variées et mitigées, avec des obstacles importants à l'accès à des soins affirmatifs, opportuns et abordables. Pour tous les types de soins, les participant·es ont souligné les enjeux suivants:

- a. Les efforts nécessaires pour accéder aux soins face au rejet et à l'invalidation de leurs préoccupations et de leur connaissance de soi
- b. L'impact du manque d'accès ou de l'accès insuffisant aux médecins de premier recours
- c. L'impact du report des soins de santé par crainte de la discrimination ou de mauvais soins
- d. Les obstacles financiers dans l'accès aux soins pour des raisons d'abordabilité ou de transport
- e. Les interactions néfastes et la discrimination enracinées dans le sexisme, le racisme, les préjugés liés au poids, le détournement cognitif, l'âgisme et le cishétérosexisme

Au vu de ces expériences et de leur désir d'améliorer nos systèmes de santé, les participant·es ont formulé de nombreuses recommandations. Certaines de ces recommandations s'adressent à des groupes particuliers (éducateur·rices, professionnel·les de la santé, décideur·euses), d'autres s'appliquent à des secteurs spécifiques, tandis que d'autres encore invitent les intervenant·es des secteurs à travailler ensemble pour améliorer l'accès aux soins des femmes, des personnes trans et des personnes non binaires LBQ au

Canada. Nous espérons que les expériences et les témoignages partagés si généreusement par les participant·es seront repris par les personnes qui ont le privilège et la responsabilité de mettre en œuvre ces recommandations pour garantir l’accessibilité, l’équité et la qualité des soins pour toutes les personnes 2SLGBTQI.

# Références

- Andrews, E. E., Ayers, K. B., Brown, K. S., Dunn, D. S., & Pilarski, C. R. (2021). No body is expendable: Medical rationing and disability justice during the COVID-19 pandemic. *The American Psychologist*, 76(3), 451–461. <https://doi.org/10.1037/amp0000709>
- Bastos, J. L., Harnois, C. E., & Paradies, Y. C. (2018). Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. *Social Science & Medicine*, 199, 209–218. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.010>
- Berlant, L. (2007). Slow death (sovereignty, obesity, lateral agency). *Critical Inquiry*, 33(4), 754–780. <https://doi.org/10.1086/521568>
- Black Health Alliance. (2020). *Perspectives on Health and Wellbeing in Toronto: Our Health, Our Way*. <https://blackhealthalliance.ca/wp-content/uploads/Perspectives-on-Health-and-Wellbeing-in-Black-Communities-in-Toronto-Our-Health-Our-Way.pdf>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Aita, S. L., & Kridel, M. M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 54–63. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000306>
- Boyer, T. L., Sequeira, G. M., Egan, J. E., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2022). Binary and nonbinary transgender adolescents' healthcare experiences, avoidance, and well visits. *Society for Adolescent Health and Medicine*, 71(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.04.016>
- Boyer, Y. (2017). Healing racism in Canadian healthcare. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 189(46), E1408–E1409. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171234>
- Brewster, M. E., & Moradi, B. (2010). Perceived experiences of anti-bisexual prejudice: Instrument development and evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 451–468. <https://doi.org/10.1037/a0021116>



- Burchell, D., Coleman, T., Travers, R., Aversa, I., Schmid, E., Coulombe, S., Wilson, C., Woodford, M. R., & Davis, C. (2023). 'I don't want to have to teach every medical provider': Barriers to care among non-binary people in the Canadian healthcare system. *Culture, Health & Sexuality*. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2185685>
- Canadian Institute for Health Information. (2023a). *Emergency and ambulatory care*. <https://www.cihi.ca/en/topics/emergency-and-ambulatory-care>
- Canadian Institute for Health Information. (2023b). *NACRS emergency department visits and lengths of stay*. <https://www.cihi.ca/en/nacrs-emergency-department-visits-and-lengths-of-stay>
- Carpenter, E. (2021). "The health system just wasn't built for us": Queer cisgender women and gender expansive individuals' strategies for navigating reproductive health care. *Women's Health Issues* 31(5), 478–484. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2021.06.004>
- Cerezo, A., Ching, S., & Ramirez, A. (2023). Healthcare access and health-related cultural norms in a community sample of Black and Latinx sexual minority gender expansive women. *Journal of Homosexuality*, 70(5), 782–805. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1999123>
- Chace, A. M. (2018, Nov 8–11). *Barriers to motherhood: Biotechnology, reproductive justice, and transgender women* [Paper presentation]. National Women's Studies Association 38<sup>th</sup> Annual Conference, Atlanta, GA, United States.
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R., & Strike, C. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"—Hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Corbett, S. L., Frecker, H. M., Shapiro, H. M., & Yudin, M. H. (2013). Access to fertility services for lesbian women in Canada. *Fertility and Sterility*, 100(4), 1077–1080. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.048>

- Cronin, T. J., Pepping, C. A., Halford, W. K., & Lyons, A. (2021). Minority stress and psychological outcomes in sexual minorities: The role of barriers to accessing services. *Journal of Homosexuality*, 68(14), 2417–2429. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1804264>
- Dawes, H. C., Williams, D. Y., Klein, L. B., Forte, A. B., Gibbs, D. J., McGarry, B., Hirst, L. E., & Hall, W. J. (in press). Experiences of queer people of color in mental health services and substance use treatment services: A systematic review. *Journal for the Society of Social Work and Research*. <https://doi.org/10.1086/721454>
- DiGiacomo, M. G., Rodrigues, A. E., Mulligan, K., & Davidson, P. M. (2015). Developing a gender-based approach to chronic conditions and women's health: A qualitative investigation of community-dwelling women and service provider perspectives. *BMC Women's Health*, 15, 105. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0264-4>
- Dryden, O., & Nnorom, O. (2021). Time to dismantle systemic anti-Black racism in medicine in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 193(2), E55–E57. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201579>
- Ducsharm, M. J., Graham, H., & Kent-Wilkinson, A. (2022). Addressing Indigenous-specific racism in healthcare as part of reconciliation: A nurses responsibility to mitigate racism in healthcare. *International Journal of Nursing Student Scholarship*, 9. <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/ijnss/article/view/76199/56171>
- Dunlop, B. J., Hartley, S., Oladokun, O., & Taylor, P. J. (2020). Bisexuality and Non-Suicidal Self-Injury (NSSI): A narrative synthesis of associated variables and a meta-analysis of risk. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1159–1172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.103>
- Dürrbaum, T., & Sattler, F. A. (2020). Minority stress and mental health in lesbian, gay male, and bisexual youths: A meta-analysis. *Journal of LGBT Youth*, 17(3), 298–314. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1586615>
- Eiduson, R., Murchison, G. R., Agénor, M., Suarez, L., & Gorden, A. R. (2022). Sexual healthcare experiences of nonbinary adults. *Culture, Health & Sexuality*, 24(10), 1319–1335. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1946595>

- Felipe, L. C., Garrett-Walker, J. J., & Montagno, M. (2022). Monoracial and multiracial LGBTQ+ people: Comparing internalized heterosexism, perceptions of racism, and connection to LGBTQ+ communities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(1), 1–11. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000440>
- Fetters, A. (2018). *The doctor doesn't listen to her. But the media is starting to*. The Atlantic. <https://www.theatlantic.com/family/archive/2018/08/womens-health-care-gaslighting/567149/>
- Flanagan, S. K., & Peters, H. J. (2020). Asexual-identified adults: Interactions with health-care practitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 1631–1643. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01670-6>
- Flanders, C. E., Ross, L. E., Dobinson, C., & Logie, C. H. (2017). Sexual health among young bisexual women: A qualitative, community-based study. *Psychology & Sexuality*, 8(1–2), 104–117. <https://doi.org/10.1080/19419899.2017.1296486>
- Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978–79* (M. Senellart, Trans.). Palgrave Macmillan.
- Fredericks, E., Harbin, A., & Baker, K. (2017). Being (in)visible in the clinic: A qualitative study of queer, lesbian, and bisexual women's health care experiences in Eastern Canada. *Health Care for Women International*, 38(4), 394–408. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1213264>
- Gahagan, J., & Subirana-Malaret, M. (2018). Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: Key findings from Nova Scotia, Canada. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0786-0>
- Gebhard, A., McLean, S., & Denis, V. S. (Eds.). (2022). *White benevolence: Racism and colonial violence in the helping professions*. Fernwood Publishing.

- Giblon, R., & Bauer, G. R. (2017). Health care availability, quality, and unmet need: A comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, 17, 283. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2226-z>
- Goldberg, A. E., Kuvalanka, K. A., Budge, S. L., Benz, M. B., & Smith, J. Z. (2019). Health care experiences of transgender binary and nonbinary university students. *The Counseling Psychologist*, 47(1), 59–97. <https://doi.org/10.1177/0011000019827568>
- Goldberg, L., Rosenburg, N., & Watson, J. (2018). Rendering LGBTQ+ visible in nursing: Embodying the philosophy of caring science. *Journal of Holistic Nursing*, 36, 262–271. <https://doi.org/10.1177/0898010117715141>
- Gómez, A. M., Hooker, N., Olip-Booth, R., Woerner, P., & Ratliff, A. (2021). “It’s being compassionate, not making assumptions”: Transmasculine and nonbinary young adults’ experiences of “women’s” health care settings. *Women’s Health Issues*, 31(4), 324–331. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2021.02.008>
- Grey, C., Sinno, J., Zhang, H., Daroya, E., Skakoon-Sparling, S., Klassen, B., Lessard, D., Hart, T. A., Cox, J., Stewart, M., & Grace, D. (2023). Queering public health: A critical examination of healthcare access and gender expression among trans, nonbinary, and other gender nonconforming people during COVID-19. *Health & Social Care in the Community*, 2023, <https://doi.org/10.1155/2023/6676318>
- Grose, A. (2016). *Hysteria today*. Routledge.
- Guss, C. E., Katz-Wise, S. L., Martey, E. B., & Goldberg, A. E. (2021). Family building desires among a sample of transgender and nonbinary students. *Journal of GLBT Family Studies*, 17(5), 470–481. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2021.1911013>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological bulletin*, 135(5), 707–730. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016441>

- Hatzenbuehler, M.L., & Pachankis, J.E. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: Research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
- Heredia, D., Pankey, T. L., & Gonzalez, C. A. (2021). LGBTQ-affirmative behavioral health services in primary care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 48(2), 243–257. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2021.02.005>
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- Holloway, B. T., Gerke, D. R., Hostetter, C. R., Greenfield, J. C., Atteberry-Ash, B., & Walls, N. E. (2022). “The doctors have more questions for us”: Geographic differences in healthcare access and health literacy among transgender and nonbinary communities. *Qualitative Social Work*, 0(0), 1–9. <https://doi.org/10.1177/14733250221128000>
- Hsieh, & Shuster, S. M. (2021). Health and health care of sexual and gender minorities. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 318–333. <https://doi.org/10.1177/00221465211016436>
- Hudson-Sharp, N. & Metcalf, H. (2016). Inequality among lesbian, gay bisexual and transgender groups in the UK: A review of evidence. *National Institute of Economic and Social Research*. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/539682/160719\\_REPORT\\_LGBT\\_evidence\\_review\\_NIESR\\_FINALPDF.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/539682/160719_REPORT_LGBT_evidence_review_NIESR_FINALPDF.pdf)
- Hurren, K., Haque, S., Kwag, M., & Schwartz, C. (2023). *Seeing us as we are: Gender, sex, & sexual orientation identification in electronic health records*. CBRC. [https://www.cbrc.net/seeing\\_us\\_as\\_we\\_are\\_gender\\_sex\\_sexual\\_orientation\\_identification\\_in\\_electronic\\_health\\_records](https://www.cbrc.net/seeing_us_as_we_are_gender_sex_sexual_orientation_identification_in_electronic_health_records)

- Hwang, P. K. S. (2022, September 29). *Their newborns were taken at birth. Years later, these women still don't know why*. CBC. <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/birth-alerts-indigenous-women-ottawa-stories-1.6591808>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>
- Joneja, M., Patel, S., Lawal, S., & Healey, J. (2022). Anti-Black racism and medical education: A curricular framework for acknowledging and learning from past mistakes. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 194(41), E1425–E1428. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220422>
- Jones, S. C. T., Anderson, R. E., Gaskin-Wasson, A.L., Sawyer, B. A., Applewhite, K., & Metzger, I. W. (2020). From “crib to coffin”: Navigating coping from racism-related stress throughout the lifespan of black Americans. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90, 267–282. <https://doi.org/10.1037/ort0000430>
- Kalifa, A., Okuori, A., Kamdem, O., Abatan, D., Yahya, S., & Brown, A. (2022). “This shouldn’t be our job to help you do this”: Exploring the responses of medical schools across Canada to address anti-Black racism in 2020. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 194(41), E1395–E1403. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211746>
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Whitfield, D. L., & Langenderfer-Magruder, L. (2015). Racial and ethnic differences in experiences of discrimination in accessing health services among transgender people in the United States. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 68–79. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1064336>
- Kidd, S. A., Veltman, A., Gately, C., Chan, K. J., & Cohen, J. N. (2011). Lesbian, gay, and transgender persons with SMI: Negotiating wellness in the context of multiple sources of stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(1), 13–39. <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.546277>

- Koch, J. M., McLachlan, C., Victor, C. J., Westcott, J., & Yager, C. (2020). The cost of being transgender: Where socio-economic status, global health care systems, and gender identity intersect. *Psychology & Sexuality, 11*(1–2), 103–119. <https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1660705>
- Krieger, N. (2020). Measures of racism, sexism, heterosexism, and gender binarism for health equity research: From structural injustice to embodied harm—An ecosocial analysis. *Annual Review of Public Health, 41*, 37–62. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094017>
- Lacombe-Duncan, A., & Logie, C. H. (2016). Correlates of clinical breast examination among lesbian, gay, bisexual, and queer women. *Canadian Journal of Public Health, 107*(4–5), e467–e472. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5351>
- Lang, K., Neil, J., Wright, J., Dell, C. A., Berenbaum, S., & El-Aneed, A. (2013). Qualitative investigation of barriers to accessing care by people who inject drugs in Saskatoon, Canada: Perspectives of service providers. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 8*(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-8-35>
- Law, M., Mathai, A., Veinot, P., Webster, F., & Mylopoulos, M. (2015). Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: A qualitative study. *BMC Family Practice, 16*, 175. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0389-4>
- Leader, J., Bighead, C., Hunter, P., & Sanderson, R. (2023). “Working on a shoestring”: Critical resource challenges and place-based considerations for telehealth in northern Saskatchewan, Canada. *Journal of Bioethical Inquiry, 20*, 215–223. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10233-y>
- Li, K., Frumkin, A., Bi, W. G., Magrill, J., & Newton, C. (2023). Biopsy of Canada's family physician shortage. *Family Medicine and Community Health, 11*(2), e002236. <https://doi.org/10.1136/fmch-2023-002236>

- Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2012). "We don't exist": A qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2), 17392. <https://doi.org/10.7448/IAS.15.2.17392>
- Logie, C. H., Lys, C. L., Dias, L., Schott, N., Zouboules, M. R., MacNeill, N., & Mackay, K. (2019). "Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination": Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 1204–1213. <https://doi.org/10.1111/hsc.12757>
- Lykens, J. E., LeBlanc, A. J., & Bockting, W. O. (2018). Healthcare experiences among young adults who identify as genderqueer or nonbinary. *LGBT Health*, 5(3), 191–196. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0215>
- Luxion, K. (2020). LGBTQ reproduction and parenting. In N. A. Naples (Ed.), *Companion to sexuality studies* (pp. 179–202). John Wiley & Sons.
- Marcelin, J. R., Siraj, D. S., Victor, R., Kotadia, S., & Maldonado, Y. A. (2019). The impact of unconscious bias in healthcare: How to recognize and mitigate it. *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 220(2), S62–S73, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz214>
- Mason, T. B., Lewis, R. J., & Heron, K. E. (2018). Disordered eating and body image concerns among sexual minority women: A systematic review and testable model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(4), 397–422. <https://doi.org/10.1037/sgd0000293>
- Matouk, K. M., Schulman, J. K., & Case, J. A. (in press). Mental health disparities in sexual minority and transgender women: Implications and considerations for treatment. *Psychiatric Clinics*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.04.012>
- McPhail, D., & Bombak, A. E. (2015). Fat, queer and sick? A critical analysis of 'lesbian obesity' in public health discourse. *Critical Public Health*, 25(5), 539–553. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.992391>



- Metzl, J. (2010). Introduction: Why “against health”? In J. Metzl & A. Kirkland (Eds.), *Against health: How health became the new morality* (pp. 1-11). <https://doi.org/10.18574/nyu/9780814759639.001.0001>
- Miller, A. & Bamaniya, P. (2023, June 24). *Why ERs are under intense pressure across Canada – and how to help fix them*. CBC. <https://www.cbc.ca/news/health/canada-er-pressure-health-care-system-solutions-1.6885257>
- Munson, S., & Cook, C. (2016). Lesbian and bisexual women’s sexual healthcare experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 3497–3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13364>
- Navarro, J. M., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2022). The preferences of transgender and nonbinary people for virtual health care after the COVID-19 pandemic in Canada: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10), e40989. <https://doi.org/10.2196/40989>
- Ollivier, R., Aston, M., Price, S., Sim, M., Benoit, B., Joy, P., Iduye, D., & Akbari Nassaji, N.(2021). Mental health & parental concerns during COVID-19: The experiences of new mothers amidst social isolation. *Midwifery*, 94, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102902>
- Paine, E. A. (2021). “Fat broken arm syndrome”: Negotiating risk, stigma, and weight bias in LGBTQ healthcare. *Social Science & Medicine*, 270, 113609. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113609>
- Pang, C., & MacLennan, E. (2023). *Aging and living well among LGBTQI older adults in Canada: Findings from a national study*. Egale Canada.
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research & Social Policy*, 15(1), 48–59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>

- Purewal, S., Encalada Grez, E., & Ardiles, P. (2023). *Why is Canada snubbing internationally trained doctors during a health-care crisis?* The Conversation. <https://theconversation.com/why-is-canada-snubbing-internationally-trained-doctors-during-a-health-care-crisis-198490>
- Rabbitte, M. & Enriquez, M. (2023). Factors that impact assigned female sexual minority Individuals health care experiences: A qualitative descriptive study. *American Journal of Sexuality Education*. <https://doi.org/10.1080/15546128.2023.2187502>
- Ragosta, S., Berry, J., Mahanaimy, M., Fix, L., Gomez, A. M., Obedin-Maliver, J., & Moseson, H. (2023). Community-generated solutions to cancer inequity: Recommendations from transgender, non-binary and intersex people on improving cancer screening and care. *BMJ Oncology*, 2, e000014. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjonc-2022-000014>
- Raycraft, R. (2023, March 4). *Canada falling short on mental health despite government efforts, advocates say*. CBC. <https://www.cbc.ca/news/politics/canada-mental-health-federal-government-1.6761689>
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578–589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>
- Romanelli, M., & Hudson, K.D. (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>
- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 435–456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>

- Salway, T., Ross, L.E., Fehr, C.P. Burley, J., Asadi, S., Hawkins, B., & Tarasoff, L. A. (2019). A systematic review and meta-analysis of disparities in the prevalence of suicide ideation and attempt among bisexual populations. *Archives of Sexual Behaviour*, 48, 89–111. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1150-6>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Research and Management*, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Scheim, A. E., Coleman, T., Lachowsky, N., & Bauer, G. R. (2021). Health care access among transgender and nonbinary people in Canada, 2019: A cross-sectional survey. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal OPEN*, 9(4), e1213–e1222. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210061>
- Schreiber, M., Ahmad, T., Scott, M., Imrie, K., & Razack, S. (2021). The case for a Canadian standard for 2SLGBTQIA+ medical education. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 193(16), E562– E565. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202642>
- Schulman, J. K. & Erickson-Schroth, L. (2019). Mental health in sexual minority and transgender women. *The Medical Clinics of North America*, 103, 723–733. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.005>
- Sebring, J. C. (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of Health & Illness*, 43(9), 1951–1964. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13367>
- Seelman, K. L. & Poteat, T. (2020). Strategies used by transmasculine and non-binary adults assigned female at birth to resist transgender stigma in healthcare. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 350–365. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1781017>

- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>
- Smart, K. (2022, May 9). *Critical family physician shortage must be addressed: CMA*. Canadian Medical Association. <https://www.cma.ca/about-us/what-we-do/press-room/critical-family-physician-shortage-must-be-addressed-cma>
- Soinio, J. I. I., Paavilainen, E., & Kylmä, J. P. O. (2019). Lesbian and bisexual women's experiences of health care: "Do not say, 'husband,' say, 'spouse.'" *Journal of Clinical Nursing*, 29(1–2), 94–106. <https://doi.org/10.1111/jocn.15062>
- Statistics Canada. (2022). *Primary health care providers, 2019*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-eng.htm>
- 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>
- Stevenson, L. (2012). The psychic life of biopolitics: Survival, cooperation, and Inuit community. *American Ethnologist*, 39(3), 592–613.
- Tam, M. W. (2021). Queering reproductive access: Reproductive justice in assisted reproductive technologies. *Reproductive Health*, 18(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01214-8>
- Tami, A., Ferguson, T., Bauer, G. R., & Scheim, A. I. (2022). Avoidance of primary healthcare among transgender and non-binary people in Canada during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine Reports*, 27, 101789. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101789>

- Walters, M. L., Chen, J., & Breiding, M. J. (2013). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. [https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs\\_sofindings.pdf](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_sofindings.pdf)
- Watson, L. B., Velez, B. L., Brownfield, J., & Flores, M. J. (2016). Minority stress and bisexual women's disordered eating: The role of maladaptive coping. *The Counseling Psychologist*, 44(8), 1158–1186. <https://doi.org/10.1177/0011000016669233>
- Wesolowicz, D. M., Clark, J. F., Boissoneault, J., Robinson, M. E. (2018). The roles of gender and profession on gender role expectations of pain in health care professionals. *Journal of Pain Research*, 11, 1121–1128. <https://doi.org/10.2147/JPR.S162123>
- White, A. A. & Stubblefield-Tave, B. (2017). Some advice for physicians and other clinicians treating minorities, women, and other patients at risk of receiving health care disparities. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 4, 472–479. <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0248-6>
- Whitehead, J., Shaver, J., & Stephenson, R. (2016). Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PLOS ONE*, 11(1), e0146139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146139>
- Wiegand, A. A., Sheikh, T., Zannath, F., Trudeau, N. M., Dukhanin, V., & McDonald, K. M. (2023). “It’s probably an STI because you’re gay”: A qualitative study of diagnosis error experiences in sexual and gender minority individuals. *BMJ Quality & Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015629>
- Worthen, M. G. F. (2020). *Queers, bis, and straight lies: An intersectional examination of LGBTQ stigma*. Routledge.
- Yager, C., Brennan, D., Steele, L. S., Epstein, R., & Ross, L. E. (2010). Challenges and mental health experiences of lesbian and bisexual women who are trying to conceive. *Health & Social Work*, 35(3), 191–200. <https://doi.org/10.1093/hsw/35.3.191>

# Egale



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



(416) 964-7887



research@egale.ca



egale.ca

@egalecanada

