



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Égale



**Faire de l'équité en santé pour
les personnes 2SLGBTQI une
priorité de santé publique**

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce document est le fruit d'une collaboration entre Egale Canada et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Rédaction : Kim Seida (Egale Canada), Dianne Oickle (CCNDS), Brittany Jakubiec (Egale Canada), Jennie MacMillan Gomez (Infirmière en santé publique) et Louie Le Ber (Egale Canada et CCNDS). Nous souhaitons remercier particulièrement les réviseuses du CCNDS, Rebecca Cheff et Claire Betker, ainsi que les personnes qui ont assuré la révision à l'externe, soit Stephan Hardy*, Carly Druwe** et Jordan Sophasath**.

* Collectif LGBTQ* du Manitoba

** Prairie Mountain Health, Manitoba



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous reconnaissons que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Egale Canada se trouve sur les territoires traditionnels partagés par de nombreuses nations, notamment les Mississaugas de Credit, les Anishnabeg, les Chippewa, les Haudenosaunee et les Wendat. Ce territoire est protégé par l'alliance de la ceinture de wampum « Un plat, une seule cuillère » (One Dish with One Spoon), conclu entre les Haudenosaunee, les Anishinaabe et les nations alliées, laquelle vise à partager pacifiquement et à préserver les ressources des Grands Lacs.

Citation recommandée

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; Egale Canada. (2026). *Faire de l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI une priorité de santé publique*. Antigonish (Nouvelle-Écosse) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le CCNDS. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnets.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.CCNDS.ca under the title *Advancing 2SLGBTQI health equity as a public health priority*.

COORDONNÉES

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)
Université St. Francis Xavier
Antigonish (Nouvelle-Écosse) B2G 2W5
CCNDS@stfx.ca
www.CCNDS.ca

TABLES DES MATIÈRES

2	Aperçu et principaux points à retenir
4	1.0 Faire de l'équité en santé des personnes 2SLGBTQI une priorité de santé publique
4	1.1 Lutter contre les inégalités sociales de santé des personnes 2SLGBTQI grâce à la santé publique
5	1.2 Préciser les lacunes dans les politiques et la pratique
6	1.3 Garantir une santé publique affirmative du genre
8	2.0 Comprendre les principaux facteurs d'inégalités sociales de santé pour les personnes 2SLGBTQI
8	2.1 Déterminants structurels et sociaux de la santé
10	2.2 Stress des minorités
11	2.3 Oppression intersectionnelle
13	2.4 Manque de sécurité culturelle
14	2.5 Stigmatisation et discrimination
15	2.6 Détresse psychologique et manque d'accès à des soins de santé mentale
16	2.7 Obstacles à l'accès aux soins de santé
17	2.8 Logements précaires et inadéquats
18	2.9 Précarité de l'emploi et insécurité financière
20	3.0 Apprendre de la pratique
20	3.1 Aperçu des événements
21	3.2 Qu'avons-nous entendu?
26	3.3 Résumé des principaux constats, enseignements et intentions
29	4.0 Et maintenant, on fait quoi? Facteurs à considérer pour agir en santé publique
29	4.1 Vivre et agir en tant qu'alliés
30	4.2 Démystifier les mythes et les préjugés
30	4.3 Utiliser un langage inclusif
31	4.4 Ouvrir le dialogue avec les personnes 2SLGBTQI et souligner leurs contributions
32	4.5 Faciliter le changement dans les milieux communautaires et scolaires
34	4.6 Créer des milieux de soins bienveillants
35	4.7 Soutenir le développement professionnel
36	Conclusion
38	Références

Aperçu et principaux points à retenir

La santé est un droit fondamental de la personne. Les principes de non-discrimination et d'égalité du droit à la santé tiennent les systèmes responsables de « reconnaître les différences et les besoins particuliers des groupes confrontés en général à des problèmes particuliers de santé, tels que des taux de mortalité plus élevés ou une plus grande vulnérabilité à certaines maladies et en tenir compte^{1 (p. 8)} ». Malgré cela, pour bien des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer ou intersexuées (2SLGBTQI)^a au Canada, l'accès et l'expérience de la santé en tant que droit de la personne ne sont pas encore une réalité pleine et entière.

Au Canada, les personnes 2SLGBTQI vivent des inégalités sociales de santé majeures, en raison de multiples expériences qui se recoupent — stigmatisation, discrimination, invisibilité et manque de compétences culturelles chez les professionnels de la santé, y compris en santé publique². Ces personnes courent plus de risque de souffrir de maladies chroniques ou infectieuses ou de maladies mentales, ou d'avoir des idées suicidaires. Elles sont aussi confrontées à des taux plus élevés d'insécurité financière, de logements inadéquats, d'itinérance, d'insécurité alimentaire, de troubles associés à la consommation de substances et d'obstacles à l'accès à des soins de santé, ainsi qu'à de mauvaises conditions de travail³.

Le risque accru de résultats négatifs sur la santé n'est pas dû au fait d'être une personne 2SLGBTQI. Les inégalités vécues par ces personnes au Canada s'expliquent plutôt par les effets cumulés de la discrimination, du manque d'accès aux soins, d'une formation insuffisante ou d'une éducation inadéquate des professionnels et du manque d'inclusivité des systèmes de santé².

De plus, de multiples systèmes d'oppression qui se chevauchent et auxquels les minorités sexuelles et de genre sont confrontées simultanément — cis-hétérosexisme, transphobie, homophobie, biphobie, racisme, âgisme, classisme et inégalités de genre — engendrent des degrés élevés de stress chronique et accumulé qui contribuent aux disparités en matière de santé physique, mentale et sociale^{2,4}. Les répercussions chroniques et cumulées de ces oppressions exacerbent le risque de résultats négatifs sur la santé vécus par les personnes 2SLGBTQI au Canada, et ces inégalités peuvent être modifiées avec de la volonté et des efforts délibérés².

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) et Egale Canada sont conscients des importantes inégalités sociales de santé vécues par les personnes 2SLGBTQI au Canada et ailleurs dans le monde. Ces deux organismes unissent leurs efforts pour réunir les données pertinentes issues de la recherche, les connaissances reposant sur la pratique et les perspectives de la santé publique à travers le Canada.

a Cet acronyme sera utilisé dans tout le présent document, à moins que la source citée textuellement utilise une formulation différente. Ce choix se veut inclusif, et permet de reconnaître les nombreuses façons avec lesquelles des personnes peuvent s'identifier. Le terme *queer* est aussi utilisé dans le présent rapport comme terme générique pour désigner la diversité sexuelle et de genre.

Le présent document de synthèse comporte quatre sections principales : (1) l'équité en santé des personnes 2SLGBTQI en tant que priorité de santé publique; (2) les principaux facteurs à l'origine des inégalités sociales de santé vécues par les personnes 2SLGBTQI; (3) des constats issus de la pratique et tirés de deux webinaires du CCNDS sur l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI; (4) les facteurs à prendre en compte pour agir en santé publique.

L'objectif de ces travaux est de favoriser une meilleure compréhension des facteurs structuraux et sociaux qui créent des inégalités sociales de santé pour les personnes 2SLGBTQI et contribuent à les maintenir, et d'inciter à l'action dans la pratique et les politiques de santé publique.

Principaux points à retenir

- L'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI est une priorité de santé publique. Une santé publique affirmative du genre est à la fois possible et nécessaire.
- Les inégalités sociales de santé vécues par les personnes 2SLGBTQI trouvent leur origine dans les déterminants structurels et sociaux de la santé, le stress des minorités, l'oppression intersectionnelle et le manque de sécurité culturelle.
- Les inégalités sociales de santé des personnes 2SLGBTQI sont aggravées par la stigmatisation et la discrimination, les obstacles à l'accès aux soins de santé, le logement inadéquat, l'insécurité d'emploi et de revenu et la détresse psychologique associée au manque d'accès à des services en santé mentale.
- Les principaux domaines prioritaires que la santé publique devrait prendre en charge pour lutter contre les inégalités sociales de santé des personnes 2SLGBTQI sont notamment la compétence culturelle, l'utilisation d'un langage inclusif et affirmatif du genre, des environnements sécuritaires, des milieux de soins bienveillants, la mobilisation, l'alliance inclusive et le perfectionnement professionnel.

Pour en savoir plus sur les principaux termes et concepts liés à la diversité de genre, consultez [Lexique et définitions 2SLGBTQI](#) (Egale Canada)

1.0 Faire de l'équité en santé des personnes 2SLGBTQI une priorité de santé publique

« Pour inspirer des politiques publiques, créer des interventions adaptées en santé publique et réaliser des progrès importants vers la réduction des inégalités, il est essentiel de mieux comprendre le... contexte canadien actuel pour les membres des communautés 2SLGBTQIA »^{2 (p. 1)} [traduction].

Atteindre l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI exige une compréhension du contexte plus large de la santé publique au sein duquel une large part de ces efforts sont déployés. Positionner la santé des personnes 2SLGBTQI dans ce contexte aide à mieux comprendre les difficultés et les lacunes en matière de promotion de l'équité et à mettre en lumière les possibilités d'action et de progrès.

1.1 Lutter contre les inégalités sociales de santé des personnes 2SLGBTQI grâce à la santé publique

Au Canada, la santé publique travaille à améliorer la santé des populations, à les protéger contre les urgences sanitaires et à parvenir à des résultats équitables sur la santé, et ce, grâce à six fonctions de base essentielles : promotion de la santé, surveillance sanitaire; protection de la santé; évaluation de la santé de la population; prévention des maladies et des blessures; prévention, préparation et gestion des situations d'urgence⁵. Les interventions mises en œuvre pour parvenir à l'équité en santé des personnes 2SLGBTQI correspondent à un grand nombre de mesures, de normes et de directives locales, provinciales, territoriales et fédérales élaborées pour amener les ressources en santé publique vers ces fonctions de base.

Les principaux domaines d'action mis en priorité par la santé publique au Canada et qui correspondent à l'équité pour les communautés 2SLGBTQI sont notamment :

- Améliorer les résultats sur la santé lors de maladies chroniques, non contagieuses ou infectieuses.
- Promouvoir la santé mentale et le mieux-être.
- Réduire le risque de blessures.
- Réduire l'isolement social et physique.
- Lutter contre la consommation de substances et favoriser la réduction des méfaits.
- Promouvoir une sexualité saine.
- Améliorer l'accès aux soins de santé appropriés.
- Créer des milieux bienveillants et des espaces (plus) sécuritaires.
- Renforcer les capacités communautaires.
- Favoriser des politiques publiques saines.
- Travailler à l'atteinte de l'équité en santé.

« La santé publique trouve ses racines dans la justice sociale, les droits de la personne et l'égalité, et c'est le cas depuis longtemps. La santé publique doit donc être politique par sa nature même. » [traduction]

BRITTANY JAKUBIEC
directeur-trice de la recherche, Egale Canada⁷

Les compétences essentielles en santé publique au Canada constituent « l'ensemble des connaissances, des compétences et des attitudes nécessaires à la pratique de la santé publique... [et] constituent une base de référence pour la main-d'œuvre nécessaire pour atteindre les objectifs et les fonctions essentielles de la santé publique au Canada⁶ [p. 3] ». Ces compétences essentielles appuient les mesures de santé publique à tous les niveaux pour aborder les enjeux prioritaires. Plusieurs énoncés de compétences [contenus dans ce document] contribuent directement à la promotion de l'équité en santé pour les communautés 2SLGBTQI, notamment :

- 3.4 Évaluer les répercussions positives et négatives des lois et des autres politiques existantes et envisagées sur la santé des populations et les inégalités sociales de santé, et appuyer les efforts visant à remédier à ces répercussions.
- 4.4 Intégrer les approches antiracistes et antioppressives dans la planification, la pratique, les programmes, les services et les politiques.
- 9.2 Construire et maintenir une culture d'équité et de justice en confrontant le racisme et toutes les formes de stigmatisation et de discrimination.
- 9.5 Analyser comment les systèmes interdépendants de pouvoir et d'oppression créent des expériences de privilèges et de désavantages pour divers groupes de personnes.
- 9.6 Démontrer une connaissance des moyens pour lutter contre la discrimination, l'oppression et les déséquilibres de pouvoir qui favorisent les inégalités sociales de santé.

1.2 Préciser les lacunes dans les politiques et la pratique

Un rapport de 2019 du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes intitulé *La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada*³ expose des moyens, pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de lutter contre les inégalités sociales de santé des communautés 2SLGBTQI. On y mentionne notamment l'éducation à la sexualité, le soutien familial et dans le milieu scolaire, la promotion des liens sociaux, la formation des travailleurs du domaine de la santé, et des modifications au cadre légal. Les recommandations du rapport se concentrent davantage sur la reconnaissance et l'inclusion et accordent moins d'attention aux racines sociales et structurelles de l'inégalité⁸.

Malgré des lignes directrices générales et des mandats pour appuyer les mesures visant à promouvoir la santé des communautés 2SLGBTQI, la plupart des mesures de santé publique dans ce domaine du Canada se limitent à des interventions en aval ciblant les individus⁹. Ajouté aux récents développements qui restreignent les droits des jeunes personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre au Canada, en raison de politiques et de lois rétrogrades, cela vient souligner encore davantage la nécessité, pour la santé publique, d'adopter des mesures plus déterminantes, en amont et axées sur l'action. L'Association canadienne de santé publique, par exemple, a attiré l'attention sur les politiques gouvernementales qui menacent d'empirer la santé des personnes 2SLGBTQI dans son *Énoncé sur les droits et la santé des personnes transgenres et de diverses identités de genre* de 2024 et qui consistent :

à restreindre l'accès des jeunes aux soins de santé affirmatifs du genre; à exiger que les parents soient informés lorsque des élèves veulent changer de nom ou de pronom à l'école; à exiger le consentement parental explicite à toute leçon sur l'éducation sexuelle, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre; et à limiter la participation des jeunes trans et de diverses identités de genre aux compétitions sportives. Il est démontré que de telles mesures, ainsi que la discrimination et la stigmatisation accrues envers les jeunes trans et de diverses identités de genre qui s'ensuivront, causeront très probablement de graves préjudices¹⁰.

« Le malaise que ressent le personnel en santé publique n'est pas une raison pour éviter d'offrir le service. » [traduction]

JACQUIE GAHAGAN
vice-présidente adjointe à la recherche,
Université Mount Saint Vincent¹¹

1.3 Garantir une santé publique affirmative du genre

Les approches affirmatives du genre renforcent la façon dont la santé publique reconnaît et appuie la diversité de genre dans l'ensemble de ses pratiques quotidiennes, de ses programmes, de ses politiques et de ses environnements. Ces approches sont essentielles pour promouvoir des mesures de santé publique efficaces pour contrer les inégalités qui touchent les communautés 2SLGBTQI. Pour lutter contre les inégalités, les personnes trans et diversifiées sur le plan du genre doivent se sentir en sécurité lorsqu'elles cherchent des soins ou qu'elles y ont accès.

QU'EST-CE QUE DES SOINS AFFIRMATIFS DU GENRE?

Les soins affirmatifs du genre désignent un large éventail de services sociaux, psychologiques, juridiques et médicaux qui soutiennent et affirment l'identité et l'expression de genre d'une personne. Bien que ces soins soient souvent associés à des interventions médicales affirmatives du genre, tels que la prise d'inhibiteurs de puberté ou l'hormonothérapie pour les personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre¹², les soins affirmatifs du genre regroupent plus que des traitements médicaux. Ils englobent aussi la façon dont tous les aspects d'un système de santé prennent soin d'une personne et la soutiennent, tout en reconnaissant et en tenant compte de son identité et de son expression de genre. Ces soins commencent du premier contact qu'a une personne avec n'importe quelle partie du système de santé, y compris la façon dont elle est accueillie et traitée, et se poursuivent durant toutes les autres interactions avec n'importe quelle autre personne au sein du système, qui réagit ou s'entretient avec elle¹³.

Les soins affirmatifs du genre évitent qu'il y ait des résultats négatifs sur la santé mentale ou physique avant même qu'ils se produisent. Les milieux de soins affirmatifs du genre sont sécuritaires sur le plan culturel, sensibles aux traumatismes et adaptés aux besoins des personnes 2SLGBTQI¹⁴. Autrement dit, les soins affirmatifs du genre forment une approche à l'échelle de tout le système qui précise comment les soins de santé sont prodigués et qui va bien au-delà de l'hormonothérapie et des chirurgies.



Le cadre AFFIRM (AFFIRM Framework) constitue un exemple d'approche affirmative du genre qui « s'affirme par des interactions individuelles, est flexible et accessible, lutte contre l'oppression systémique, interagit avec la communauté, maintient les patients en soins et préconise une approche multidisciplinaire^{15 [p. 15]}. » [traduction]

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ PUBLIQUE AFFIRMATIVE DU GENRE?

Les auteurs du présent document proposent la description suivante pour définir le terme *santé publique affirmative du genre*.

La santé publique affirmative du genre englobe la façon dont la santé publique, à tous les niveaux, affirme la diversité et l'expression de genre dans tous les aspects du travail qu'elle accomplit. Cela suppose notamment l'utilisation d'un langage inclusif et respectueux qui ne présuppose pas l'identité de genre ou le rôle d'une personne, en utilisant, par exemple, les bons noms et les bons pronoms; en créant

des milieux représentatifs de tous les genres, en présentant des images de personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre; en facilitant l'accès aux interventions médicales et chirurgicales nécessaires, librement et sans jugement. De plus, offrir aux personnes transgenres ou diversifiées sur le plan du genre un accès à des services exempts de stigmatisation, de discrimination et de préjugés équivaut à défendre les droits des personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre. La santé publique affirmative du genre est inclusive, accessible et universelle; respecte l'autonomie de la personne; rejette les préjugés sur les identités et les identifiants.

Les pronoms sont un enjeu de santé publique. L'utilisation d'un langage inclusif pour les personnes queer et trans dans les espaces et les interventions de santé publique « a un impact profond sur le confort et la sécurité psychologique des personnes [trans ou diversifiées sur le plan du genre] dans les établissements avec lesquels elles interagissent¹⁶ (p. 361) » [traduction]. L'utilisation de pronoms affirmatifs du genre (p. ex., *iel/ellui, elle, lui*) et de mots de genre neutre (p. ex., parler de *personnes* au lieu d'*hommes* et de *femmes*) est essentielle pour affirmer le genre d'une personne et assurer sa visibilité. Cela réduit également son risque d'être exposée à des microagressions néfastes qui perpétuent les messages négatifs à propos des personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre¹⁶.

2.0 Comprendre les principaux facteurs d'inégalités sociales de santé pour les personnes 2SLGBTQI

Les résultats négatifs en santé physique ou mentale que vivent de manière disproportionnée les personnes 2SLGBTQI découlent de forces structurelles et systémiques qui façonnent leur vie. L'amélioration de ces résultats de santé dépend de la capacité des professionnels de la santé, notamment de la santé publique, à reconnaître et comprendre dans quelle mesure les nombreuses interactions complexes entre ces facteurs influencent les risques pour la santé et les expériences vécues à ce chapitre par les personnes 2SLGBTQI¹⁷.

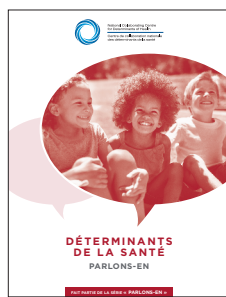
Qu'est-ce que la cis-hétéronormativité?

La cis-hétéronormativité désigne le fait d'assumer, de légitimer et de privilégier les identités et les comportements cisgenres et hétérosexuels¹⁸. Il s'agit d'un déterminant structurel de la santé qui agit comme « un système d'oppression par lequel les genres binaires, l'hétérosexualité et l'idée voulant que les personnes vivent dans le genre qu'on leur a attribué à la naissance sont naturalisés, privilégiés et mis de l'avant d'une manière qui exclut, efface et rejette les personnes 2SLGBTQIA+¹⁹ (p. 2) » [traduction].

2.1 Déterminants structurels et sociaux de la santé

Les **déterminants structurels** de la santé sont les règles, les valeurs, les croyances et les normes écrites et non écrites qui établissent et maintiennent le pouvoir relatif et les modèles d'avantages et de désavantages. Les déterminants structurels sont notamment le cis-hétérosexisme, le colonialisme, le racisme, la discrimination et d'autres systèmes d'oppression²⁰.

Les déterminants structurels influencent les conditions interdépendantes de la vie quotidienne — aussi connues sous le nom de **déterminants sociaux et écologiques** de la santé — qui façonnent l'environnement dans lequel on vit. Ces déterminants sont notamment l'emploi et les conditions de travail, le revenu, les ressources communautaires et du voisinage, les expériences vécues à la petite enfance, le logement, les systèmes alimentaires et les soins de santé. Les politiques de santé publique, en tant que déterminants structurels, influencent les déterminants sociaux, tels que l'accès aux soins, la qualité des soins offerts et la disponibilité de prestataires de soins crédibles et affirmatifs²¹.



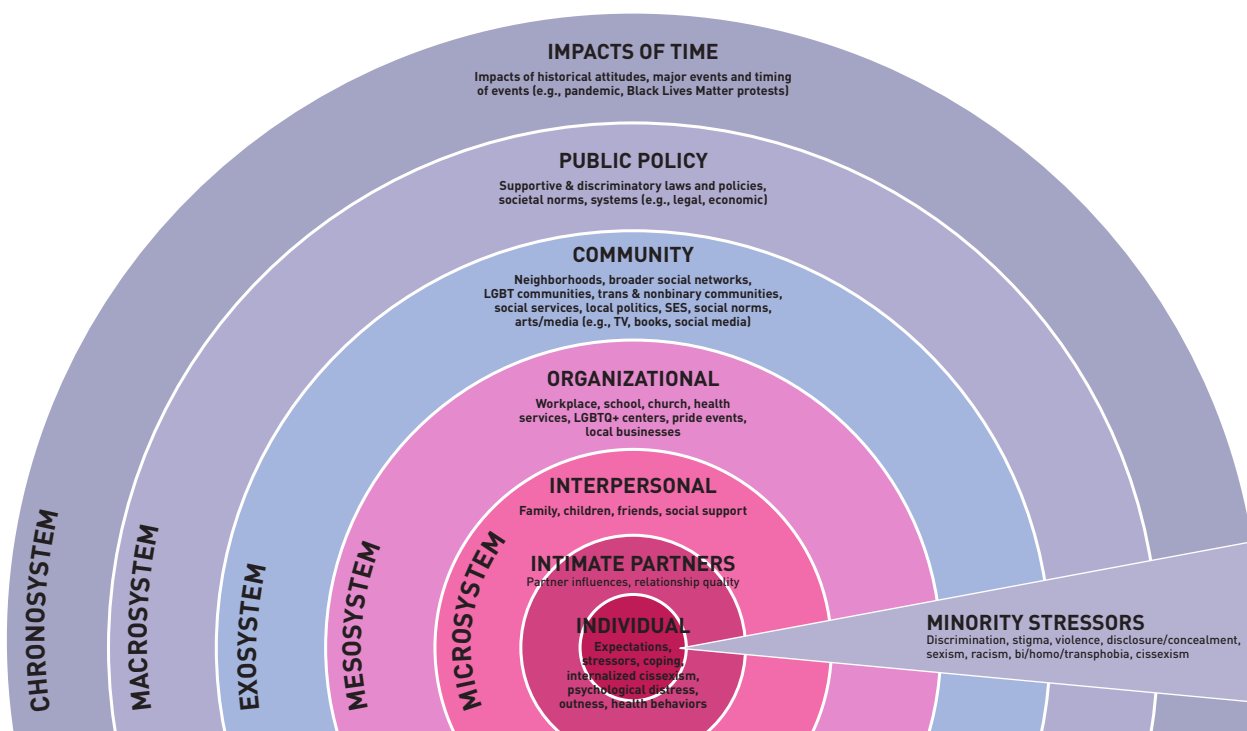
Pour un aperçu des déterminants sociaux, écologiques et structurels de la santé, consultez *Déterminants de la santé : Parlons-en*.

Pour une description des termes axés sur l'équité, consultez le *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé* du CCNDS.

La santé est façonnée par les interactions entre les déterminants structurels, sociaux et écologiques et des facteurs sur le plan individuel²². Comme le montre la figure 1, les personnes 2SLGBTQI vivent du stress associé au fait d'être une minorité (un point abordé plus en détail à la section 2.2), lequel est provoqué par l'interaction entre des facteurs à l'échelle individuelle, interpersonnelle,

organisationnelle, communautaire, des politiques publiques et sur le plan temporel²³, chacun étant influencé par les milieux environnants dans une plus large mesure. Une analyse des disparités de santé existantes au sein des communautés 2SLGBTQI sous cet angle souligne la nécessité d'une collaboration entre tous les paliers pour en éliminer les causes sous-jacentes.

FIGURE 1 : facteurs intersectionnels façonnant la santé des personnes 2SLGBTQI²³



2.2 Stress des minorités

Les théories du stress des minorités sont utilisées pour expliquer le stress causé par les conflits entre les groupes dominants et les groupes appartenant à une minorité dans une culture ou une société données²⁴. Ces théories sont essentielles pour comprendre les disparités de santé vécues par les personnes 2SLGBTQI, parce qu'elles démontrent dans quelle mesure ces disparités émanent de la tension psychologique et affective associée au fait d'être sans cesse confronté à une discrimination, à des préjugés et à une victimisation qui s'accumulent et qui sont liés à son identité sexuelle ou de genre, à son comportement sexuel ou à son expression de genre²⁵. Dans une plus large mesure, les structures, les forces et les conditions sociales génèrent des facteurs de stress particuliers auxquels sont confrontées les personnes 2SLGBTQI²⁶. Le stress chronique et cumulatif des minorités influence aussi les comportements (p. ex., la consommation de substances) qui contribuent à créer des disparités de santé physiques et psychosociales².

Le stress des minorités est différent du stress en général (que tout le monde peut ressentir), car il prend racine dans les préjugés et la stigmatisation. Les facteurs de stress des minorités sont généralement désignés comme distaux ou proximaux, et il est important de faire la distinction entre les deux, parce que des solutions différentes sont nécessaires selon le type de facteur de stress auquel on doit faire face.

« [L]a hausse sans précédent de haine contre les personnes trans ou queer à laquelle on assiste à travers le Canada... cette discussion est indissociable des réalités actuelles et historiques en matière d'inégalités dans toutes les mesures des problèmes de santé sociaux et économiques. »
[traduction]

FAE JOHNSTONE
directrice générale, Society of Queer Momentum²⁹

Les **facteurs distaux de stress des minorités** (facteurs externes) viennent des personnes ou des institutions, par le biais de lois ou de politiques discriminatoires; d'événements importants de la vie (p. ex., la perte d'un emploi en raison de la discrimination); ou d'expériences vécues de microagressions (p. ex., en étant traité sans respect)⁴. Le manque de sécurité sur le plan social (p. ex., des liens sociaux ou une acceptation sociale)⁴, les crimes haineux contre les personnes 2SLGBTQI et les législations et la violence anti-transgenres inquiétantes au Canada et à l'étranger sont d'autres exemples de facteurs distaux de stress des minorités.

Les **facteurs proximaux de stress des minorités** (facteurs internes) se créent dans le cadre d'un processus de socialisation par lequel les personnes 2SLGBTQI apprennent à se rejeter en raison de leur identité (c.-à-d. par stigmatisation internalisée), s'attendent à être stigmatisées ou rejetées ou dissimulent leur identité pour se protéger contre des facteurs de stress distaux⁴.

Les facteurs proximaux et distaux de stress des minorités ont des répercussions sur divers aspects de la santé physique et mentale. Ces facteurs de stress ont en effet une incidence sur les processus génétiques et endocriniens ainsi que d'autres processus physiologiques, ce qui peut conduire à des affections métaboliques, cardiovasculaires ou neurologiques, ou à d'autres problèmes de santé chroniques^{27,28}.

2.3 Oppression intersectionnelle

Les théories du stress des minorités sont étroitement liées à la notion d'intersectionnalité, qui se penche sur la façon dont les personnes peuvent vivre des types d'inégalités qui se recoupent lorsqu'elles appartiennent ou que l'on croit qu'elles appartiennent à de multiples minorités ou groupes sous-représentés (p. ex., si elles font partie d'une communauté 2SLGBTQI, qu'elles sont racisées ou vivent en situation de handicap). Ces identités qui se recoupent exposent ces personnes à des facteurs de stress distincts comparativement aux groupes dominants (p. ex., les personnes cisgenres, hétérosexuelles, de race blanche et sans handicap).

L'intersectionnalité — un terme inventé par Kimberlé Crenshaw, féministe noire américaine, juriste et militante féministe issue de la théorie critique de la race³⁰ — représente un cadre théorique, une stratégie analytique et une pratique critique³¹. Un grand principe de l'intersectionnalité veut que les identités sociales ne puissent être séparées ou simplement ajoutées les unes aux autres; c'est plutôt leur interaction qui donne lieu à des expériences vécues à travers des systèmes de privilèges et de discrimination imbriqués les uns aux autres³². L'intersectionnalité n'est donc pas uniquement une affaire « d'identités multiples » chez une même personne. Il s'agit plutôt d'une théorie et d'une pratique critiques qui portent sur le pouvoir et sur les façons dont les formes d'inégalités structurelles s'entrecroisent pour créer de l'injustice³³.

Qu'est-ce que l'intersectionnalité?

Le *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé* du CCNDS la définit comme suit³⁵ :

L'intersectionnalité désigne l'interaction entre les systèmes d'oppression (p. ex., racisme, clanisme, sexisme, homophobie) qui entraîne un avantage et un désavantage relatifs sur les plans individuel et structurel. La perspective intersectionnelle montre que l'expérience de multiples formes de discrimination vécues a un effet cumulatif plus important que la somme de ses parties. La nature intersectionnelle de l'oppression et des privilèges veut dire que toute personne peut bénéficier de privilèges sous une forme ou plus, même si elle vit dans l'oppression sur d'autres plans.

Les systèmes engendrent des obstacles (ainsi que des possibilités) sociaux, politiques et économiques complexes, qui s'entrecroisent et qui influencent la santé et le bien-être de manière différente, en fonction des identités des personnes concernées et des groupes sociaux auxquels elles appartiennent³⁴. Les personnes 2SLGBTQI sont membres de groupes nombreux et variés, dont les âges, les religions, les langues, les cultures, les structures familiales, les milieux économiques, les niveaux d'éducation, les capacités, la neurotypie et les groupes raciaux varient grandement. Il est important de reconnaître les nombreuses interactions complexes entre ces identités et leurs effets sur les résultats de santé.

Il est essentiel d'adopter une perspective intersectionnelle pour *comprendre* comment les inégalités sociales de santé et les crises émergent et persistent dans les communautés 2SLGBTQI et pour *remédier* aux déséquilibres de pouvoir créés par le cis-hétérosexisme, l'homophobie et la transphobie³⁴. En santé publique, un exemple de cette approche consiste à examiner comment l'expérience de la transphobie ainsi que la précarité économique et en matière de logement peuvent façonner les résultats sur la santé, physique ou mentale, des personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre.

« Quand on parle d'intersectionnalité... on parle des expériences uniques vécues par chaque personne. Mais l'oppression et la discrimination que les gens subissent en raison de qui ils sont, lorsqu'elles s'accumulent et viennent se superposer à ce qu'elles vivent, auront une influence sur la façon dont elles se sentent et sur leurs réactions. » [traduction]

AIMEE MACDONALD

gestionnaire, droits de la personne, égalité et inclusion de la population étudiante 2SLGBTQIA+, Université St. Francis Xavier²⁹

Vivre avec des identités intersectionnelles

Cet exemple de stress des minorités et d'intersectionnalité provient du site Web Queer Care Kit :

Les [personnes de couleur] LGBTQ2IA doivent composer avec leur identité en termes d'orientation sexuelle ou d'identité de genre, de même que dans le cadre de leur groupe et de leur identité ethnoraciale. Lorsqu'une personne tente de concilier son identité avec ces différents groupes, cela peut faire naître en elle une perception complexe de qui elle est qui peut (a) parfois, avoir des valeurs conflictuelles et (b) amener cette personne à vivre des expériences uniques qui ne sont pas entièrement comprises par les communautés LGBTQ2IA au sens large ou par son groupe culturel ethnoracial.

Par exemple... pensons à un homme gai au Canada, qui serait membre d'une communauté afro-antillaise, laquelle est très attachée aux valeurs chrétiennes traditionnelles. Cette personne doit composer à la fois avec son identité (a) d'homme, (b) de personne gaie, (c) de personne afro-antillaise au Canada appartenant à une communauté très attachée à des valeurs religieuses traditionnelles, (d) et avec l'*intersection* de ces identités et des valeurs culturelles associées à chaque identité... [I]l pourrait être confronté au défi de concilier son identité de personne gaie et ses valeurs profondément religieuses qui considèrent l'homosexualité comme un péché et une chose répréhensible. La combinaison de ces valeurs et la difficulté à cheminer à travers elles est unique à cette personne et façonne son point de vue unique sur elle-même et sur le monde qui l'entoure.

En fin de compte, cela pourrait faire en sorte que cet homme vive sa vie en gardant certaines valeurs religieuses qui ne sont pas nécessairement comprises par sa communauté LGBTQ2I en général. Cela pourrait aussi l'amener à se bâtir une vie en accord avec son identité d'homme gai, qui n'est pas entièrement comprise ou acceptée par sa communauté ethnoraciale et culturelle³⁶. [traduction]

2.4 Manque de sécurité culturelle

« Demandez-vous toujours “pourquoi?” Ce n’est pas parce qu’une chose a été faite dans le passé qu’il ne faut pas la remettre en question, ou qu’elle doit être faite de cette façon. C’est comme le colonialisme de peuplement, comme l’homophobie, comme la transphobie. »
[traduction]

HARLAN PRUDEN⁴⁶

(*Disrupting colonialism for Two-Spirit Health (disruption du colonialisme pour la santé des personnes bispirituelles)*, Mind the Disruption, saison 1, épisode 6).

La sécurité culturelle^b est une approche en émergence pour remédier aux inégalités sociales de santé vécues par les Autochtones et les personnes racisées ayant besoin de soins de santé. Cette notion, créée par Irihapeti Ramsden, une infirmière māori, en réponse aux difficultés du système de santé à répondre aux besoins des Māori, considère comment les contextes social et historique, ainsi que les déséquilibres des pouvoirs structurels et entre les personnes qu’ils engendrent, influencent la santé et l’expérience des soins de santé. La sécurité culturelle reconnaît et respecte les divers antécédents culturels, croyances et valeurs de chaque individu afin de favoriser un environnement où les personnes se sentent comprises et valorisées³⁷.



Pour en savoir plus sur la santé des personnes bispirituelles, consultez *Une introduction à la santé des personnes bispirituelles : questions historiques, contemporaines et émergentes*

(Centre de collaboration nationale de la santé autochtone)

La caractéristique de base de la sécurité culturelle est qu’elle « détourne l’attention... de la compréhension culturelle et des connaissances en la matière que possède le prestataire de soins pour la diriger davantage vers le pouvoir inhérent à sa position sur le plan professionnel^{38 (p. 11)} » [traduction]. Mais surtout, la sécurité culturelle suppose que l’on écarte concrètement les déséquilibres de pouvoir et que l’on corrige les inégalités engendrées par des systèmes d’oppression³⁹.

Les personnes autochtones LGBTQIA+ et bispirituelles se méfient considérablement des systèmes de santé et cela s’explique en partie par le manque de compétences en sécurité culturelle au sein de ces systèmes. Cette méfiance provient du fait que les services de santé ont été utilisés comme armes au fil de l’histoire — on s’en est servi, notamment, pour séparer les familles autochtones⁴⁰, pour stériliser de force les femmes autochtones⁴¹ et pour dévaloriser et rejeter les personnes bispirituelles — en raison des liens étroits qui unissaient le colonialisme de peuplement et l’hétéropatriarcat⁴². Les personnes autochtones bispirituelles et diversifiées sur le plan du genre continuent de vivre du racisme anti-autochtone et de la discrimination dans les milieux de soins (p. ex., des blagues de mauvais goût fondées sur des stéréotypes inexacts). Ces formes systémiques d’oppression ont des effets directs sur la qualité des soins, les résultats sur la santé⁴³, y compris sur la longévité, les taux de maladies chroniques ou infectieuses, la mortalité maternelle et infantile, les problèmes de santé mentale et la suicidabilité de cette clientèle^{44,45}.

b La sécurité culturelle se situe à l’ultime extrémité d’un continuum qui commence par la destruction culturelle, laquelle est marquée par des attitudes et des comportements discriminatoires et racistes. Ce continuum évolue ensuite vers la sensibilisation culturelle, qui permet de reconnaître les différences entre les cultures, puis vers la compétence culturelle, axée sur l’acquisition des compétences et des connaissances qui permettent de travailler plus efficacement et avec plus de respect avec les Autochtones et les personnes racisées, et enfin vers l’humilité culturelle, une approche fondée sur la capacité à reconnaître avec humilité que l’on est apprenant tout au long de sa vie et qu’on doit faire preuve d’introspection devant les expériences vécues par les autres. Et surtout, ce sont les personnes accédant à un service qui définissent elles-mêmes ce qu’est la « sécurité », et non pas les professionnels qu’elles consultent [Cultural safety as a catalyst for change: Advancing health equity for Indigenous Peoples in Canada] [traduction]

Il est essentiel, pour parvenir à la sécurité culturelle, de comprendre dans quelle mesure les répercussions historiques et permanentes de la colonisation — les pensionnats autochtones, le déplacement forcé et le racisme systémique, entre autres choses — ont contribué aux disparités considérables en matière de santé que subissent les populations autochtones.

La sécurité culturelle fournit une feuille de route pour des soins plus sûrs^c et affirmatifs pour les personnes marginalisées en raison de multiples facteurs, tels que leur sexualité, leur identité ou leur expression de genre. Pour les soins de santé des personnes 2SLGBTQI, les pratiques (plus) sécuritaires sur le plan culturel exigent que les prestataires de soins se livrent à un exercice d'introspection et prennent conscience de leur position de pouvoir et de l'impact de leur rôle lors de leurs interactions avec cette clientèle. La sécurité culturelle exige également que les prestataires de soins prennent conscience des disparités en matière de santé mentale propres aux personnes 2SLGBTQI, qui découlent de l'oppression intersectionnelle qu'elles subissent (p. ex., racisme, insécurité en matière d'emploi et de logement, expériences vécues de traumatisme colonial et de violence) et qu'ils remettent concrètement les systèmes en question et travaillent à les transformer et à modifier les dynamiques de pouvoir qui contribuent à maintenir ces disparités.

2.5 Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation, la discrimination et la violence liées à la sexualité et à l'identité de genre sont des problèmes omniprésents pour les personnes 2SLGBTQI au Canada. Les expériences qu'elles vivent sont liées à un risque accru de résultats

négatifs sur leur santé physique (p. ex., les risques d'infections transmises sexuellement ou par le sang) et de mauvais résultats en santé mentale (p. ex., dépression, faible estime de soi, anxiété, idées suicidaires et tentatives de suicide)⁴⁴, auxquels s'ajoutent des traumatismes et un niveau de stress plus élevé⁹. Les approches cis-hétéronormatives des soins de santé, y compris de la santé publique, stimulent encore davantage la stigmatisation et la discrimination⁴⁴.

La discrimination vécue par les personnes 2SLGBTQI peut ébranler leur confiance à l'égard du système de santé et faire en sorte qu'elles tardent à aller se faire soigner ou évitent carrément de le faire⁴⁷. Parmi les expériences de discrimination vécues par ces personnes, mentionnons l'utilisation délibérée ou manifeste du mauvais genre ou du mauvais pronom pour les désigner, le refus de leur fournir des services ou des soins⁴⁸, ou la tendance des professionnels de la santé à présumer qu'elles souffrent d'un trouble psychiatrique⁴⁹. Une discrimination ou de la stigmatisation déjà vécue ou anticipée peut aussi les dissuader de préciser leur orientation sexuelle ou leur identité de genre ou de poser ou soulever des questions ou des enjeux propres à la santé des personnes 2SLGBTQI, ce qui risque d'affecter la qualité ou la pertinence des soins qu'on leur fournira⁵⁰.

« Je crois que l'homophobie et la transphobie sont souvent perçues comme le simple fait, pour une personne, de ne pas comprendre, et cela ne nous aide pas à remédier à l'endoctrinement social que supposent l'homophobie et la transphobie, qui nous touche tous. » [traduction]

FAE JOHNSTONE
directrice générale, Society of Queer Momentum²⁹

c Il serait plus juste de parler « d'espaces plus sûrs », car ce terme reconnaît que le sentiment de sécurité n'est pas le même pour tout le monde et implique que nous avons tous une responsabilité collective dans la création et le maintien d'un environnement inclusif.

2.6 Détresse psychologique et manque d'accès à des soins de santé mentale

Les problèmes de santé mentale comptent parmi les enjeux les plus pressants pour les personnes 2SLGBTQI au Canada. La discrimination, la stigmatisation, le harcèlement et le manque d'acceptation sociale contribuent à des taux plus élevés de dépression, d'anxiété et de stress chez les personnes 2SLGBTQI comparativement aux personnes hétérosexuelles et cisgenres². Les jeunes personnes 2SLGBTQI courent de cinq à huit fois plus de risques d'avoir des idées suicidaires⁵¹ et plus de 4 fois plus de risques de passer à l'acte et de tenter de s'enlever la vie que les jeunes hétérosexuels et cisgenres⁵².

Les personnes 2SLGBTQI sont plus susceptibles que leurs semblables cis-hétérosexuels d'avoir des besoins non satisfaits en matière de santé mentale ou de signaler des obstacles à l'accès à des services en la matière⁵³. Plusieurs de ces besoins non satisfaits découlent d'un manque de services de santé mentale destinés précisément aux personnes 2SLGBTQI⁵⁴ et de la prédominance des approches biomédicales pour ces soins⁵³. Les obstacles à l'accès aux services de santé mentale sont notamment l'incapacité de payer, une assurance ou une couverture d'assurance insuffisantes, la décision d'attendre que le ou les problèmes disparaissent d'eux-mêmes, le malaise ressenti à l'idée de parler de ses sentiments ou de ses pensées angoissantes, et la honte associée au fait d'avoir des problèmes de santé mentale⁵⁵. Bien que la couverture limitée des soins de santé mentale par le régime public

touche beaucoup de gens, les personnes 2SLGBTQI sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté⁵⁶ et d'occuper des emplois précaires sans avantages sociaux, ce qui accroît les obstacles à l'accès à de tels soins⁵⁵.

Les personnes trans et non binaires sont confrontées à des obstacles particulièrement importants pour accéder à des soins de santé mentale et pour continuer d'en recevoir si on les compare à ceux des hommes et des femmes cisgenres appartenant à des minorités sexuelles⁵⁵. Ces obstacles ne font qu'aggraver les facteurs de stress liés à l'identité de genre que les personnes trans ou non binaires vivent avec plus d'intensité depuis la pandémie de COVID-19, ce qui contribue à une détresse psychologique plus importante et à un soutien social moindre comparativement aux personnes LGBTQ ou cis-hétérosexuelles⁵⁷.

Les personnes LGBTQ autochtones et bispirituelles font aussi face à des obstacles intersectionnels aux soins de santé mentale, sans égard au mode de prestation de ces services, en raison du racisme et des autres formes de discrimination dont ils sont victimes⁵⁸. Dans le Canada atlantique, par exemple, seules 1,2 % des personnes bispirituelles ayant répondu à un sondage ont dit avoir cherché des services en ligne, et seuls 3,7 % se sont tournés vers un professionnel de la santé pour faire face à des problèmes de santé mentale durant la pandémie. La majeure partie des personnes ayant répondu au sondage a pris leur problème en charge par elles-mêmes (20,7 %), alors que d'autres ont contacté des amis ou des membres de leur famille (13,4 %), ce qui vient souligner le recours à du soutien informel en matière de santé mentale⁵⁹.

2.7 Obstacles à l'accès aux soins de santé

Malgré une sensibilisation sociétale croissante et un progrès dans l'acceptation des personnes 2SLGBTQI au Canada — y compris chez les professionnels et les gestionnaires du milieu de la santé⁶⁰ — de nombreux obstacles continuent d'empêcher l'accès à des soins de santé appropriés, équitables et prodigués avec compétence. Des lacunes dans les soins ont été constatées dans de nombreux milieux de soins, notamment en santé publique⁶¹, dans les soins d'urgence et les soins primaires⁶² et dans les soins de longue durée⁶³. Parmi les obstacles particuliers, mentionnons les services de santé limités dans les régions rurales et éloignées, le manque de soins adaptés à la culture et une connaissance et une compréhension insuffisantes, chez les prestataires de soins, des besoins uniques et propres aux personnes 2SLGBTQI⁶⁴. Les personnes trans et non binaires sont confrontées à des difficultés supplémentaires pour accéder à des soins affirmatifs du genre, tels que l'hormonothérapie, les chirurgies d'affirmation du genre ou le soutien en santé mentale sur mesure⁶⁵.

Les obstacles à l'accès ont des répercussions sur les résultats en santé, tant mentale que physique, ce qui se traduit par des taux plus élevés de tendances suicidaires, d'anxiété, de dépression et d'autres difficultés de santé mentale chez les personnes 2SLGBTQI². Un accès limité aux soins affirmatifs du genre pour les personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre augmente les risques pour leur santé mentale, alors que la prestation de traitements d'affirmation du genre est associée à un risque réduit de suicide et à un bien-être accru⁶⁶.

Les personnes 2SLGBTQI, et particulièrement les personnes trans ou non binaires, vivent fréquemment du cis-hétérosexisme dans les milieux

de soins. Selon une approche cis-hétéronormative des tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang, par exemple, les personnes trans ou non conformes au genre ont la responsabilité de demander les tests appropriés et de divulguer leur identité de genre, parce que les prestataires de soins tirent des conclusions hâtives en fonction de l'apparence de cette clientèle ou de documents médicaux inexacts. De telles conclusions, ajoutées à une connaissance limitée des besoins en santé sexuelle des personnes trans ou non binaires, réduisent les taux de tests de dépistage, ce qui vient exacerber les disparités en matière de santé sexuelle⁶⁷.

Les soins de santé cis-hétéronormatifs peuvent aussi prendre la forme de marqueurs du sexe non inclusifs sur les documents de santé (p. ex., en n'offrant que les options « homme » ou « femme »), de milieux cliniques non inclusifs (p. ex., des décorations murales ou des brochures ne présentant que des couples homme-femme) ou de lacunes dans les connaissances et les compétences des prestataires de soins concernant les facteurs de risque pour la santé des personnes 2SLGBTQI et les stratégies d'atténuation⁶⁷. Ces lacunes obligent souvent les personnes 2SLGBTQI elles-mêmes à former et renseigner les fournisseurs de soins et à devoir expliquer quels sont leurs besoins pour recevoir des soins convenables⁶⁵.

Les soins de santé canadiens, comme ceux de bien d'autres systèmes de santé, prennent racine dans un héritage de racisme et de colonialisme de peuplement⁶⁸. Pour les personnes LGBTQI de race noire, bispirituelles, autochtones ou racisées ayant besoin de soins de santé, le racisme et le cis-hétérosexisme interagissent directement pour provoquer des expériences de discrimination et créer des obstacles aux soins (une question aussi abordée à la section 2.3). Des paradigmes coloniaux

fondés sur des notions codifiées de « race⁶⁹ » sont manifestes dans le racisme anti-noir qui sévit dans les soins de santé canadiens au niveau systémique et interpersonnel⁷⁰ et dans « l'attribution disparate de ressources, de services de santé et d'accès aux médicaments pour les personnes racisées »⁷¹ (p. 1192) [traduction]. En outre, la violence transphobe et homophobe, telle que les crimes haineux⁷², contribue au stress constant et aux traumatismes, ce qui vient augmenter les besoins pour des soins et des services ciblés et spécialisés.

2.8 Logements précaires et inadéquats

Au Canada, le logement est un droit fondamental⁷³ et un déterminant essentiel de la santé²⁰. Malgré cela, les besoins de logement de nombreuses personnes 2SLGBTQI ne sont pas satisfaits ou leurs conditions de logement sont inadéquates. Ces difficultés à se loger se traduisent par un risque accru de résultats négatifs sur la santé.

Les jeunes personnes 2SLGBTQI sont surreprésentées au sein des jeunes en situation d'itinérance au Canada. Ils forment en effet de 25 à 40 % de ce segment de la population⁷⁴. Les adultes 2SLGBTQI sans domicile fixe ont presque deux fois plus de chances d'avoir vécu en situation d'itinérance durant leur jeunesse (60 %) comparativement aux adultes cis-hétérosexuels (31 %) ⁷⁴, ce qui a des effets négatifs durables sur leur développement et sur leur santé physique et mentale⁷⁵. À l'adolescence et lorsqu'elles deviennent de jeunes adultes, les personnes 2SLGBTQI sont plus susceptibles de vivre en situation d'itinérance parce qu'elles sont rejetées par leur famille en raison de leur identité, ou qu'elles n'y sont pas acceptées, ou en raison de la violence familiale qui sévit dans leur foyer⁷⁶.

Au Canada, le taux de tentatives de suicide chez les jeunes personnes 2SLGBTQI vivant en situation d'itinérance est de 73,8 %, ce qui est beaucoup plus élevé que le taux de 39,9 % constaté chez les jeunes cisgenres sans domicile fixe⁷⁷.

Les personnes 2SLGBTQI racisées font face à de multiples formes d'oppression qui se chevauchent, et cela entraîne des taux disproportionnés d'insécurité en matière de logement. À Toronto, par exemple, les personnes 2SLGBTQI noires et autochtones sont surreprésentées au sein des sans-logis, avec des taux d'itinérance d'environ 3 et 160 fois supérieures à leur proportion de la population de la ville, respectivement^{74,78}. Le risque d'itinérance est particulièrement élevé chez les personnes trans racisées, avec 58 % des personnes trans autochtones vivant à Toronto déclarant ne pas avoir de logement stable⁷⁹.

Les personnes 2SLGBTQI plus âgées font face elles aussi à des obstacles en matière de logement. Plusieurs de ces personnes ont manifesté le désir de vieillir chez elles (c.-à-d. de rester dans leur propre maison) et de pouvoir compter sur des travailleurs de soutien 2SLGBTQI; toutefois, le coût de la vie et les prix des logements en hausse rendent le tout impossible pour bon nombre de ces personnes⁸⁰. Ces difficultés s'ajoutent aux lacunes dans le système de soins de longue durée, notamment l'absence de moyens adéquats pour signaler les comportements homophobes et transphobes ou le refus de membres du personnel des établissements de soins de participer à de la formation sur l'inclusion des 2SLGBTQI. De plus, de nombreux adultes 2SLGBTQI plus âgés sont inconfortables à l'idée de divulguer leur identité au personnel (dissimulation de l'identité), en raison de leur crainte de subir de la discrimination⁸¹.

Les personnes trans et les personnes non conformes au genre sont touchées de manière disproportionnée par l'insécurité en matière de logement et par l'itinérance, en partie parce que des obstacles à l'emploi limitent leur capacité à obtenir et garder un logement adéquat^{82,83}. Pour compliquer encore davantage les choses, près de la moitié des personnes trans ou non binaires vivent dans les grands centres urbains du Canada (p. ex., Montréal, Toronto, Calgary ou Vancouver) où le prix des loyers et les taxes foncières sont parmi les plus élevés au pays⁸⁴. L'instabilité en matière de logement touche aussi de manière disproportionnée les personnes 2SLGBTQI vivant avec le VIH-sida, puisqu'un logement précaire et l'itinérance peuvent contribuer à la progression du VIH et à une mortalité accrue⁸⁵.

Les personnes 2SLGBTQI sont souvent confrontées à des obstacles d'accès à des logements d'urgence en raison des pratiques cis-hétérosexistes qui ont cours dans les refuges. Mentionnons, par exemple, les formulaires d'admission utilisant les sexes binaires ou des marqueurs de genre, les services d'hébergement séparés en fonction du genre, ou des situations où les personnes se sentent obligées de dissimuler leur sexualité afin d'être « tolérées » par le reste de la clientèle ou par le personnel des refuges qui les accueillent⁸⁶. Les valeurs et les comportements cis-hétéronormatifs dans les refuges créent des conditions néfastes pour les personnes 2SLGBTQI, notamment un risque accru de violence et de discrimination, en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, de la part des autres personnes résidentes⁸⁷.

« Nous devons être préparés à faire face aux besoins propres aux personnes trans, et à répondre à l'augmentation des résultats négatifs si leurs besoins ne sont pas satisfaits dès à présent. » [traduction]

TJ SALWAY
professeur agrégé en sciences de la santé,
Université Simon Fraser⁷

Malgré les preuves qui confirment des obstacles considérables au logement, les recherches sur les besoins en la matière pour les personnes 2SLGBTQI au Canada sont peu nombreuses. La plupart des études ne fournissent que des descriptions démographiques, ou excluent purement et simplement les populations 2SLGBTQI des statistiques sur la pauvreté⁸⁴.

2.9 Précarité de l'emploi et insécurité financière

Les personnes 2SLGBTQI sont plus susceptibles d'occuper des emplois à temps partiel, à petit salaire ou précaires que les personnes cisgenres ou hétérosexuelles⁸⁸⁻⁹⁰. La discrimination en milieu de travail est le principal obstacle; les personnes trans ou non binaire, plus particulièrement, doivent faire face à une multitude de difficultés pour trouver un emploi « sécuritaire » où elles seront moins exposées à de l'hostilité et subiront moins de risques pour leur santé^{83,91}. Les personnes bispirituelles, trans ou non binaires ont fait part de difficultés dans leur vie professionnelle, notamment en raison de nombreuses formes de discrimination et de harcèlement, et certaines d'entre elles vont même jusqu'à démissionner parce qu'elles craignent pour leur sécurité ou vivent des préjugés⁸³.

Bien qu'elles aient souvent un niveau de scolarité plus élevé que leurs homologues hétérosexuels ou cisgenres, les personnes 2SLGBTQI au Canada sont plus susceptibles de faire face à des obstacles à l'emploi, de gagner moins et de vivre dans la pauvreté⁸⁸. En 2021, le revenu de 18,4 % des personnes 2SLGBTQ de 25 à 64 ans se situait dans le quintile inférieur des revenus des particuliers, comparativement à 13,5 % pour les personnes qui

ne sont pas 2SLGBTQ⁹². Chez les personnes 2SLGBTQI vivant dans la pauvreté, la discrimination à l'emploi est un facteur déterminant qui contribue à expliquer les associations persistantes entre le statut de personne 2SLGBTQI, la pauvreté et la santé⁹³.

Les taux de pauvreté sont particulièrement élevés chez les populations 2SLGBTQI plus âgées, plus jeunes, racisées, trans, autochtones ou qui font partie des nouveaux arrivants⁵⁶. Parmi toutes les personnes 2SLGBTQI, les personnes bisexuelles et trans doivent composer avec les plus grands écarts salariaux, les plus grandes disparités de revenu et les taux de pauvreté les plus importants^{56,94}. Bien que les raisons expliquant les disparités entre ces groupes soient mal comprises, des liens limités avec la communauté et peu de soutien social — souvent en raison de la biphobie, de la binégativité et de la transphobie — pourraient être des facteurs contributifs⁹⁴.

L'insécurité liée à l'emploi et au revenu a des conséquences supplémentaires pour les personnes 2SLGBTQI. Une plus grande précarité d'emploi dans les secteurs où de nombreuses personnes 2SLGBTQI travaillent (p. ex., dans l'industrie des services, le tourisme, le divertissement) expose celles-ci à des pertes d'emploi, et ces secteurs se distinguent souvent par l'absence d'assurance maladie. Cette absence d'assurance peut nuire à l'accès à la prophylaxie préexposition au VIH ou nuire au respect du traitement, et empêcher aussi l'accès à d'autres médicaments, puisque ces produits sont souvent financés par le biais de régimes d'assurance médicaments proposés par les employeurs⁹⁵.

3.0 Apprendre de la pratique

Malgré le fait que la recherche démontre clairement qu'au Canada, les personnes 2SLGBTQI vivent des inégalités considérables en matière de santé, une réponse plus exhaustive de la santé publique demeure nécessaire. Partout au pays, les professionnels et les dirigeants de ce secteur de la santé ont relevé des lacunes dans les mesures de santé publique, parallèlement à une montée de la rhétorique et des politiques anti-2SLGBTQI. Pour réagir à cette situation, le CCNDS a organisé deux webinaires qui se penchent sur les moyens, pour la santé publique, de progresser vers l'équité en santé des personnes 2SLGBTQI au Canada.

Ces webinaires visent à inspirer le changement, à renforcer les capacités des organisations et des individus à remédier aux inégalités sociales de santé que vivent les personnes 2SLGBTQI, à corriger la mésinformation et la désinformation sur les questions de santé queer et trans et à faire de l'équité en santé une priorité de santé publique. Les enseignements qui s'en dégagent reflètent les connaissances pratiques essentielles de personnes 2SLGBTQI professionnelles ou œuvrant en recherche et d'organisations 2SLGBTQI, et permettent de faire le point sur la situation du secteur relativement à cet enjeu.

3.1 Aperçu des événements

WEBINAIRE 1 : SANTÉ PUBLIQUE ET IDENTITÉ DE GENRE, DIVERSITÉ SEXUELLE ET ÉQUITÉ EN SANTÉ - 13 JUILLET 2023

Ce webinaire se penche sur les interactions entre les déterminants structurels et sociaux de la santé et l'identité de genre et l'identité sexuelle, et souligne l'utilisation des pronoms en tant qu'important facteur dont tenir compte pour la santé publique. On y livre aussi des exemples pratiques sur la façon dont la santé publique peut contribuer à promouvoir l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI²⁹.

Personnes intervenantes :

- Fae Johnstone (iel/elle), directrice générale, [Society of Queer Momentum](#)
- Aimee MacDonald (elle), gestionnaire de [Human Rights and Equity and 2SLGBTQIA+ Student Inclusion](#), Université St. Francis Xavier
- Jessy Dame (il/lui), directeur, santé bispirituelle, [Community-Based Research Centre \(CBRC\)](#); responsable régional de la périnatalité, Vancouver Coastal Health

WEBINAIRE 2 : *PROMOTING THE RIGHTS AND HEALTH OF TRANSGENDER PEOPLE AS A PUBLIC HEALTH EQUITY PRIORITY* - 24 JUILLET 2024

Ce webinaire se penche sur les inégalités sociales de santé vécues par les personnes trans et non conformes au genre, et définit des paramètres et des domaines où la santé publique peut agir pour remédier à la stigmatisation, à la discrimination et à la haine à l'égard des personnes trans⁷. Les personnes intervenantes discutent aussi de la défense des droits et des autres rôles que les professionnels du secteur peuvent jouer dans la politisation de la santé des personnes trans.

Personnes intervenantes :

- Veronica Merryfield (Mx/elle), fondatrice, [Cape Breton Transgender Network](#)
- Brittany Jakubiec (iel), Directeur·trice de la recherche, [Egale Canada](#)
- T. J. Salway (lui/il), professeur agrégé en sciences de la santé, Université Simon Fraser

En tout 1 792 personnes se sont inscrites pour ces deux webinaires, et 942 personnes y ont assisté quand ils ont été diffusés. Au moment de la publication du présent document, les enregistrements des deux événements avaient été vus plus de 1 700 fois.

Les personnes inscrites provenaient de neuf provinces canadiennes, soit de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, du Québec, du Manitoba, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. D'autres personnes ont participé à partir de plusieurs autres régions à l'extérieur du pays, y compris les États-Unis, plusieurs pays d'Afrique, d'Europe et d'Asie, dont l'Inde et l'Arabie Saoudite, et l'Australie.

Les personnes participantes travaillaient pour un large éventail d'organismes de santé publique locaux et provinciaux, d'établissements universitaires, de centres de santé communautaires, d'organismes de santé autochtones, de ministères gouvernementaux et d'organisations non gouvernementales. Les secteurs les plus courants où œuvraient ces personnes étaient les soins infirmiers en santé publique et la prestation de soins de santé; des diététistes agréés et des membres de la population étudiante étaient aussi du nombre. Parmi les autres personnes participantes se trouvaient aussi des épidémiologistes, des consultants et des gestionnaires de programmes, des chercheurs, des personnes dirigeant des organismes communautaires, des courtiers de connaissances, des spécialistes en développement communautaire, et des personnes travaillant dans les secteurs du travail social, de l'intervention clinique en psychologie, de la médecine et d'autres domaines liés à la santé.

3.2 Qu'avons-nous entendu?

PRINCIPAUX THÈMES ABORDÉS DANS LES WEBINAIRES

Durant les webinaires, les personnes intervenantes ont discuté de trois grands thèmes correspondants et complémentaires au contexte de recherche expliqué à la section 2. Il est important que ces thèmes soient pris en compte par les prestataires de la santé publique et d'autres domaines dans le cadre de leur travail avec des personnes 2SLGBTQI.

Obstacles aux soins de santé et aux services sociaux

Les obstacles d'accès aux soins de santé auxquels font face de nombreuses personnes 2SLGBTQI ont fait partie des thèmes récurrents de ces webinaires. Les facteurs contribuant à ces obstacles sont notamment des expériences de violence, de harcèlement et de discrimination (p. ex. un rejet par la famille, de mauvais traitements à l'école ou dans les milieux de soins), des interactions injustes ou négatives dans le système de justice pénale, ou des difficultés à s'y retrouver dans les systèmes complexes de la bureaucratie des soins de santé. Les spécialistes des webinaires ont relevé que ces obstacles sont plus importants pour les populations déjà aux prises avec des inégalités en matière d'emploi et de rémunération comparativement aux personnes cisgenres ou qui vivent en milieu urbain, et sont particulièrement aigus pour les personnes trans et non binaires ou qui vivent en milieu rural, en région éloignée ou dans le Nord. Ces obstacles augmentent les risques de pauvreté et d'insécurité alimentaire ou de logement.

Les spécialistes ont aussi relevé que le soutien par des pairs et l'accompagnement à travers les dédales du système aident à combler les importantes lacunes laissées par les services de santé et les services sociaux, mais ont aussi mentionné qu'il ne s'agit pas là d'une solution systémique. Des changements structurels et à l'échelle de tout le système sont nécessaires pour rendre le système de santé plus accessible, plus convivial et plus équitable, non seulement pour les personnes 2SLGBTQI, mais pour toutes les personnes à la recherche de soins de santé.

Crainte de recevoir de mauvais traitements et des soins inadéquats

Les spécialistes participants ont expliqué comment la discrimination directe ou anticipée façonne les obstacles aux soins de santé en alimentant la peur de subir de mauvais traitements ou des soins inadéquats qui font que bien des personnes 2SLGBTQI tardent à demander des soins, interrompent leur traitement ou évitent carrément les services de santé et tout ce qui s'y rattache. De nombreuses personnes au sein du réseau de la santé n'ont pas les compétences (connaissances, aptitudes et attitudes) suffisantes en matière de diversité sexuelle et de genre et de langage inclusif, et ne reçoivent souvent que très peu de formation – ou aucune – sur les besoins en soins de santé propres aux personnes 2SLGBTQI et les approches à adopter. Ces lacunes ont des répercussions directes sur les résultats de santé physique, psychologique et sociale des personnes 2SLGBTQI. Les spécialistes ont insisté sur le fait que les soins affirmatifs du genre ne sont pas uniquement un ensemble de procédures médicales, mais qu'ils sont, fondamentalement, une question de justice sociale.

Enjeux structurels et intersectionnels

L'une des personnes participant à titre de spécialiste a précisé qu'il est essentiel de ne pas considérer le fait d'être queer, trans ou autochtone comme un facteur de risque. Ce sont le racisme structurel, l'homophobie et les attitudes sociétales discriminatoires qui sont la source de disparités de santé pour les personnes 2SLGBTQI. La colonisation et le colonialisme, par exemple, ont contribué à engendrer un racisme profond à l'égard des personnes autochtones bispirituelles, queers ou trans. Cette stigmatisation peut s'intérioriser chez une personne et provoquer une honte profonde à l'égard de son genre et de sa propre sexualité. Les spécialistes ont souligné que les prestataires de soins de santé doivent comprendre dans quelle mesure l'oppression intersectionnelle et les expériences vécues de discrimination s'accumulent au fil du temps, ce qui rend extrêmement difficile, pour les personnes 2SLGBTQI, d'accéder à des services et de faire confiance au système.

« La communauté queer et le fait, pour moi, d'être queer sont perçus négativement et comme un facteur de risque, idem pour le fait d'être autochtone... [mais] ce n'est pas vrai. Le risque, c'est l'homophobie, et le risque, c'est le racisme. Lorsqu'on me parle de mon risque plus important... ce n'est pas parce que je suis queer; c'est en raison des structures systémiques et de l'homophobie, qui ont entraîné une augmentation du risque. » [traduction]

JESSY DAME, DIRECTEUR
santé bispirituelle, CBRC; responsable régional
de la périnatalité, Vancouver Coastal Health²⁹

RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR REMÉDIER AUX INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les spécialistes de ces webinaires ont aussi mis en relief divers rôles que les professionnels et les organismes de santé publique à tous les niveaux du système pourraient adopter pour améliorer la santé des personnes 2SLGBTQI. Les obstacles considérables à l'équité en santé décrits dans les webinaires confirment l'urgence, pour la santé publique, de remédier à ces facteurs et de réduire les inégalités vécues par les personnes 2SLGBTQI.

Renforcer les mesures à l'échelle du système (à l'échelle macroéconomique)

Les spécialistes ont souligné l'importance d'une réponse énergique à l'échelle du système, en réitérant le fait que les inégalités sociales de santé vécues par les personnes 2SLGBTQI sont un enjeu systémique. Ces personnes ont mentionné des mesures, telles que des campagnes dans les médias, des pressions politiques et la lutte contre les discours préjudiciables à l'égard des personnes trans et non conformes au genre à travers tous les secteurs, et l'importance de travailler et de soutenir les initiatives existantes menées par les communautés. Il est essentiel de s'appuyer sur des initiatives menées par les communautés 2SLGBTQI pour faire la promotion de l'équité en santé, car ces efforts sont le reflet des priorités, des besoins et des solutions définis par ces communautés.

« Pourquoi est-il important de parler d'équité en santé? Je veux dire, franchement... il s'agit de prévention du suicide. » [traduction]

VERONICA MERRYFIELD

fondatrice, Cape Breton Transgender Network⁷

Les pressions pour la reconnaissance et pour des mesures réglementaires visant les pratiques de conversion se sont imposées comme un aspect important auquel la santé publique devait s'intéresser. Les thérapies de conversion sont souvent comprises comme étant un programme structuré visant à modifier l'orientation sexuelle d'une personne ou son identité de genre. Toutefois, les pratiques en matière de conversion existent aussi dans la vraie vie — par le langage, les attentes, la stigmatisation et la discrimination qui font que les personnes ont le sentiment d'être exclues ou de ne pas être acceptées en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Ces expériences sont des réalités du quotidien très néfastes, contraires à l'éthique et inefficaces pour de nombreuses personnes 2SLGBTQI.

Les spécialistes ont plaidé pour la mise en place de mesures réglementaires à l'encontre des professionnels de la santé qui retardent ou refusent l'accès à des soins affirmatifs du genre, en insistant sur le fait que l'accès à de tels soins est une forme de prévention du suicide. Ils ont également précisé que des stratégies coordonnées et à multiples paliers pour la prévention du suicide, auxquelles participeraient plusieurs secteurs, dont la santé publique, seront nécessaires pour lutter contre la haine contre les personnes queer ou trans en humanisant les personnes 2SLGBTQI (p. ex., avec des approches similaires à celle de la campagne [It Gets Better](#)).

« Je crois qu'en santé publique, nous avons eu tendance à traiter les politiques et l'engagement politique comme un sujet à éviter. On dit quelque chose comme : "On ne veut pas toucher à ça, nous devons demeurer neutres, on ne peut pas jouer le rôle d'un gouvernement, on ne peut pas se prononcer là-dessus." Je veux remettre en question de telles affirmations, parce que je constate que les personnes professionnelles de la santé et les responsables de la santé publique sont mobilisés politiquement depuis longtemps. Je pense entre autres à l'épidémie de sida, lorsque les gouvernements sous-finançaient de manière chronique tout type de mesure de santé publique raisonnable. C'est le personnel infirmier en santé publique, les professionnels du milieu et les dirigeants de la santé publique qui, dans les faits, ont parlé aux politiciens pour leur dire : "Cela doit changer." » [traduction]

TJ SALWAY
professeur agrégé en sciences de la santé,
Université Simon Fraser⁷

Lutter contre la mésinformation et créer des espaces inclusifs (niveau intermédiaire)

Nos spécialistes ont pressé la santé publique et d'autres organismes de lutter activement contre la mésinformation et la désinformation à propos des personnes trans et de soins affirmatifs du genre. Deux mythes courants veulent, par exemple, que les bloqueurs de puberté causent aux enfants et aux jeunes des dommages irréversibles et que les personnes trans voudront un jour revenir en arrière avec leur transition (avec des soins primaires ou des chirurgies pour annuler leur transition de genre, ce qui est extrêmement rare et majoritairement provoqué par des facteurs extérieurs, tels que les pressions familiales)⁶. Il s'agit là de deux exemples importants de mésinformation que les autorités de santé publique devraient s'employer à corriger.

À l'échelle organisationnelle, les stratégies suggérées pour créer des espaces inclusifs reposent sur une plus grande visibilité des personnes 2SLGBTQI, sur la création de milieux de travail sécuritaires et affirmatifs du genre, et sur des établissements de soins de santé où le personnel membre des communautés 2SLGBTQI et les personnes 2SLGBTQI accédant à des services se sentent appuyés, pris en compte, valorisés et capables d'être eux-mêmes, en toute authenticité. Pour y parvenir, des efforts concertés seront nécessaires afin d'embaucher et de garder des personnes 2SLGBTQI à des postes de gestion et de direction afin de minimiser la diversité symbolique dans les milieux de travail et les établissements de service. Il est également important de veiller à ce que les personnes 2SLGBTQI occupent des postes où elles participeront à l'élaboration, à l'examen et à la révision de politiques au niveau fédéral, provincial et municipal afin que les questions qui préoccupent les communautés 2SLGBTQI soient prises en compte.

Pour rendre les établissements de santé publique et les milieux de travail plus inclusifs, des mesures supplémentaires seraient nécessaires. Il faudrait notamment fournir aux organisations l'aide nécessaire pour effectuer les changements de nom et/ou de pronoms et pour s'y retrouver dans les procédures administratives connexes. L'intégration de ces changements dans les politiques et les pratiques au quotidien, à l'échelle des individus comme de l'organisation, exige une attention et un engagement soutenus.

« Nous créons des politiques, alors nous pouvons les changer. En fait, j'ignore pourquoi nous avons la conviction qu'une fois créée, une politique ne peut pas être modifiée et sera là pour toujours. » [traduction]

JESSY DAME
directeur, santé bispirituelle, CBRC; responsable régional de la périnatalité, Vancouver Coastal Health²⁹

Améliorer les interactions individuelles (à l'échelle micro)

Les spécialistes des webinaires ont souligné le rôle d'alliés et de défense des intérêts que l'on peut jouer pour remédier aux inégalités sociales de santé des personnes 2SLGBTQI. Ils ont mentionné que pour être un véritable allié, il faut se distancer de l'attitude de type « liste de contrôle » [p. ex., « Êtes-vous un organisme qui permet d'affirmer son genre? » Oui. « Offrez-vous la sécurité aux personnes LGBTQ? » Oui.]. Nos spécialistes ont aussi souligné l'importance d'offrir des services équitables et sécuritaires avec compétence, qui répondront aux besoins des personnes 2SLGBTQI. Bien qu'elles aient réitéré la nécessité de la formation continue, les spécialistes ont précisé que des approches facultatives et décalées dans le temps ne sont pas suffisantes. La formation doit aller au-delà des notions de base et inclure du contenu plus pointu, tel que les soins de santé sexuelle et de l'appareil reproducteur pour les personnes trans ou non conformes au genre, et des soins sensibles à la culture pour les personnes autochtones.

Les spécialistes ont aussi abordé le fait qu'améliorer les pratiques exige plus que de la formation ou de l'éducation. Pour concrétiser de telles améliorations, on doit mettre l'accent sur la relation avec la clientèle, préconiser des approches de soins centrées sur la personne, comprendre et décortiquer les préjugés conscients et inconscients et remettre concrètement en question les discours nocifs que nous avons intériorisés en tant que professionnels de la santé. Une part importante de cette démarche consiste à prendre conscience que nous pouvons commettre des erreurs au fur et à mesure que nous faisons l'apprentissage d'un langage plus inclusif et que nous devons continuer d'apprendre et d'évoluer au lieu de nous laisser arrêter par la crainte de faire des erreurs.

« L'idéologie est ce qui définit les pratiques de conversion. Il s'agit d'un concept qui veut que le professionnel, la personne devant laquelle vous êtes assis sait qui vous êtes, et le sait mieux que vous-même. Ces personnes ont en quelque sorte une préférence, une tendance à dire : "Tu vas devenir cisgenre, tu vas être hétérosexuel, et je vais utiliser tous les outils que je peux pour tenter de t'en convaincre." C'est dangereux. » [traduction]

TJ SALWAY
professeur agrégé en sciences de la santé, Université
Simon Fraser⁷

3.3 Résumé des principaux constats, enseignements et intentions

En plus des thèmes présentés par nos spécialistes, divers constats, enseignements et intentions essentiels, pertinents pour le secteur de la santé publique, ont été dégagés durant le processus de conception et la présentation des webinaires, et lors de leur évaluation.

CONSTATS ISSUS DE L'EXPÉRIENCE SUR LE TERRAIN

Plusieurs constats importants devraient être pris en compte au moment de planifier des mesures pour favoriser l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI.

Soutenir les fournisseurs individuels

On pense généralement que la plupart des professionnels de la santé publique et d'autres secteurs souhaitent sincèrement bien faire les choses, mais ne savent pas toujours quoi faire, ou craignent de causer des préjudices. Les mesures de soutien comprennent de la formation et des ressources visant les obstacles structurels, la sécurité culturelle et les soins affirmatifs du genre.

Créer des milieux de travail sécuritaires pour le personnel

Le personnel de la santé publique membre des communautés 2SLGBTQI, à tous les échelons, doit se sentir en sécurité dans l'environnement organisationnel. Créer des milieux de travail (plus) sécuritaires pour le personnel 2SLGBTQI implique de revoir les politiques de ressources humaines et les autres politiques organisationnelles, favoriser une culture du respect, remédier aux microagressions et aux préjugés et mettre en place des processus de soutien bienveillants pour réparer les préjudices dès qu'ils surviennent.

Miser sur diverses formes de connaissances

Les données doivent inclure l'expertise issue de l'expérience vécue de personnes 2SLGBTQI, des récits issus de la communauté et les expériences vécues par les professionnels eux-mêmes. De nombreux types de données formelles (p. ex., des sondages, de la recherche) ne sont pas représentatifs des personnes 2SLGBTQI et ne peuvent donc pas inspirer des stratégies pour répondre aux besoins de ces personnes.

Faire preuve de leadership par la défense des intérêts

De nombreuses personnes ne sont pas « autorisées » à se mobiliser pour défendre les intérêts de qui que ce soit en raison des politiques organisationnelles. Mais la défense des droits peut adopter plusieurs formes et prendre de nombreux chemins. Le leadership, les initiatives de développement durable ou de renforcement de la communauté peuvent, par exemple, servir d'outil de défense des droits, et offrent souvent plus de possibilités concrètes d'interagir régulièrement avec des membres de la communauté et des décideurs.

Ces constats servent de lignes directrices pour la planification d'approches et de stratégies à tous les niveaux et pour tous les secteurs en vue de remédier aux inégalités sociales de santé vécues par les personnes 2SLGBTQI.

ENSEIGNEMENTS DES PERSONNES PARTICIPANTES

À partir des résultats de l'évaluation et des commentaires formulés durant les webinaires (c.-à-d. reçus par la fenêtre de discussion), les personnes participantes ont réitéré l'importance des changements structurels et dans les politiques, de la relationnalité et des approches relationnelles pour établir la confiance et interagir avec les personnes 2SLGBTQI. Elles ont affirmé avoir acquis des connaissances nouvelles et plus larges, et une meilleure compréhension de bon nombre de questions, notamment dans les trois grands domaines présentés à la figure 2.

« Comment passer de la simple énumération des groupes qui subissent de la discrimination et de la recherche de solutions pour changer les choses, à éviter de faire des suppositions dès le départ? Ce doit être là la règle de base : éviter de faire des suppositions ».

JENNIE MACMILLAN GOMEZ
infirmière en santé publique, animatrice de groupe communautaire, étudiante diplômée⁹⁷

INTENTION D'AGIR

Dans l'évaluation suivant les webinaires, lorsqu'on posait la question suivante : « **Quelles mesures ou quels changements avez-vous l'intention d'adopter au travail ou dans votre pratique à la suite du webinaire?** », les personnes participantes ont fait part d'une série d'intentions authentiques et très percutantes :

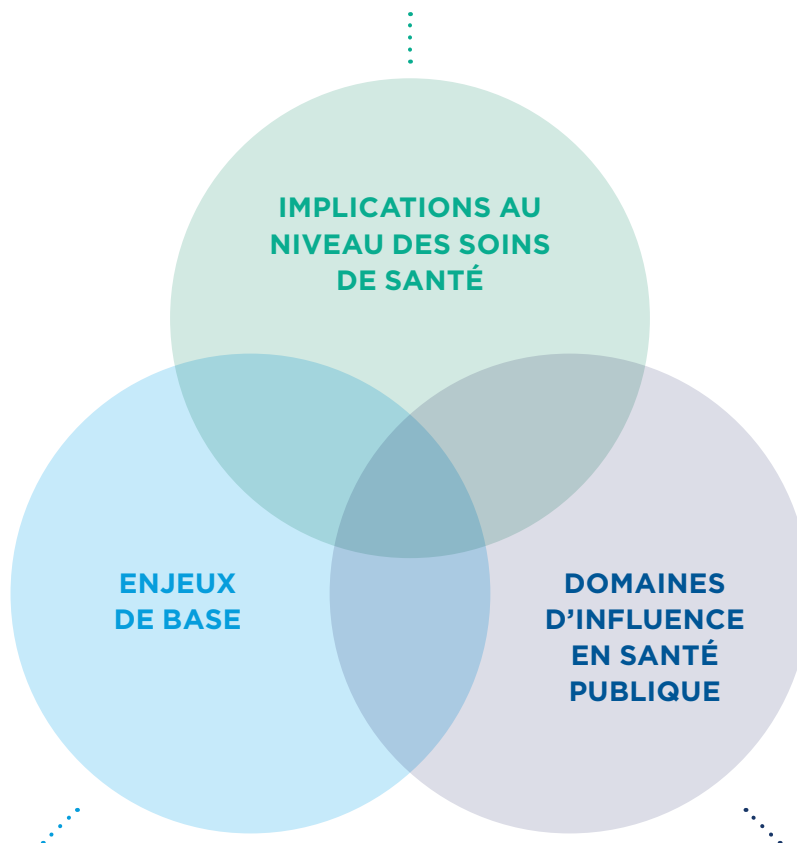
- Changer de langage en utilisant des termes neutres et inclusifs par défaut, en partageant les pronoms et en demandant aux autres quels sont leurs pronoms affirmés, et modifier les termes utilisés dans les formulaires et les documents.
- Partager les enseignements reçus avec ses collègues et dans ses relations interpersonnelles.
- Mettre à jour les politiques afin d'utiliser un langage épicène.
- Obtenir de la formation pour soi-même et pour son personnel.
- Interagir plus activement avec les ressources et sur la question dans son ensemble.
- Remettre en question les politiques et créer des espaces (plus) sécuritaires dans le milieu de travail.
- Communiquer avec les communautés 2SLGBTQI.
- Faire preuve d'ouverture et remettre en question ses hypothèses personnelles.

Dans l'ensemble, ces principaux enseignements et ces intentions témoignent du pouvoir dont on dispose en réunissant des personnes autour de cet enjeu important, et démontre que partager ses expériences et ses connaissances permet de passer à l'action.

FIGURE 2 : Domaines d'apprentissage précisés par les personnes participantes au webinaire

Connaissances acquises par les personnes participantes concernant les **implications au niveau des soins de santé** :

- » Ce sont l'homophobie et la discrimination sociétales qui sont les facteurs de risque et non l'identité des personnes.
- » L'intersectionnalité et la façon dont les diverses formes de discrimination se recoupent pour influencer sur l'expérience vécue (p. ex., racisme, homophobie, transphobie).
- » Le lien entre l'homophobie et l'antiracisme.



Connaissances acquises par les personnes participantes concernant les **enjeux de base** :

- » Des soins affirmatifs du genre comme outils de prévention du suicide.
- » Les obstacles à la santé auxquels sont confrontées les personnes 2SLGBTQI.
- » L'importance de la formation pour tous les prestataires de soins de santé et le personnel de la santé publique, tout en prenant conscience que les problèmes systémiques ne peuvent être résolus uniquement par la formation.
- » « Le monde n'est pas un lieu sûr pour les personnes transgenres ou de diverses identités de genre. » (évaluation d'une personne participante)

Connaissances acquises par les personnes participantes concernant les **nouveaux domaines d'influence en santé publique** :

- » Être une personne alliée, activiste et de défense des intérêts pour provoquer les changements nécessaires.
- » Lutter activement contre la désinformation et la désinformation.
- » Exiger l'usage d'un langage inclusif, des toilettes non genrées et une utilisation respectueuse des pronoms.
- » Faire preuve de leadership pour faire avancer l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI.

4.0 Et maintenant, on fait quoi? Facteurs à considérer pour agir en santé publique

Au cours des webinaires, un certain nombre de possibilités de promouvoir l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI ont été formulées (section 3) et sont appuyées par la littérature (section 2). En plus du rôle essentiel qui consiste à faciliter l'accès à des soins affirmatifs du genre et à mettre en œuvre des mesures de santé publique favorisant l'affirmation du genre (section 1.3), les domaines d'action suivants ont été définis sur les plans individuel, organisationnel et communautaire.

4.1 Vivre et agir en tant qu'alliés

ÉTABLIR VOTRE PROPRE COMPRÉHENSION

- Prenez conscience que l'alliance inclusive est une démarche active. Elle implique un travail personnel (p. ex., apprentissage, introspection) et suppose d'agir pour avoir des effets sur notre milieu (p. ex., en défendant des droits, en modifiant son choix de termes, en s'excusant si on commet des erreurs).
- Réfléchissez à vos propres préjugés, à vos idées préconçues et à vos hypothèses concernant le genre et la sexualité, même si cela vous rend inconfortable ou que l'exercice s'annonce difficile.
- Songez à vos privilèges et à la façon dont ceux-ci et les privilèges des autres coexistent avec les formes d'oppression (c.-à-d. l'intersectionnalité).
- Renseignez-vous sur les personnes 2SLGBTQI, leurs perspectives et leurs enjeux en écoutant et en apprenant des membres de ces communautés, et en recherchant des ressources pour mieux comprendre ce qu'est une alliance inclusive avec elles.

PARTAGER VOS CONNAISSANCES ET DÉVELOPPER UNE COMPRÉHENSION COMMUNE

- Communiquez l'importance des travaux pour l'équité en santé 2SLGBTQI aux familles, aux amis, aux collègues et aux partenaires et encouragez-les à jouer un rôle d'allié inclusif dans leur vie quotidienne et au travail.
- Travaillez avec les organisateurs communautaires à offrir aux autres des possibilités d'en savoir plus sur les droits des personnes 2SLGBTQI.

CHANGER L'ALLIANCE INCLUSIVE EN ACTION

- Définissez comment vous pouvez mettre à contribution votre pouvoir et votre position pour défendre les intérêts des personnes 2SLGBTQI et alléger le fardeau que constitue la défense de leurs propres intérêts. Vous pourriez, par exemple, faire la promotion d'un langage et d'images inclusifs dans les politiques organisationnelles si vous participez à des rencontres ou à des comités sur les politiques.

Pour des trucs précis sur les alliances inclusives :

[Comment être un.e bon.ne allié.e](#)
(ScienceUpFirst)

[Défendre ses droits et intérêts et être allié.es](#)
(nous-sommes-allié-es.ca)

- Continuez d’être une personne alliée en l’absence de personnes 2SLGBTQI. Par exemple, corrigez les pronoms et élevez-vous contre la discrimination même lorsque vous êtes en présence de personnes cisgenres et hétérosexuelles uniquement.
- N’hésitez pas à aborder les sujets délicats qui pourraient surgir lorsque vous expliquez pourquoi certains gestes ou certains propos sont discriminatoires ou contribuent à la stigmatisation.
- Réagissez aux comportements préjudiciables avec bienveillance, compassion et empathie afin d’encourager la discussion, l’apprentissage et la sensibilisation à diverses perspectives.
- Évitez les hypothèses concernant les identités, les relations ou les membres de la famille de vos collègues. Par exemple, présentez-vous avec vos propres pronoms afin de montrer que vous ne présumez pas que ces pronoms sont connus, et demandez à vos collègues s’ils ont un partenaire ou des enfants au lieu d’utiliser des mots genrés.

- Devant des publications nocives sur les médias sociaux, rectifiez les faits et dénoncez-les en créant des publications distinctes pour corriger l’information au lieu d’argumenter dans les commentaires.
- Expliquez comment et à quel endroit trouver des sources d’information fiables, dignes de confiance et exactes.
- Repérez comment la désinformation et la désinformation sont citées comme des « preuves », et remettez directement en question la rhétorique ambiante, les fausses affirmations et les stéréotypes utilisés pour justifier des politiques et des décisions préjudiciables.

Pour en savoir plus sur les moyens de reconnaître et de corriger la désinformation et la désinformation, consultez

[Egale explique : Désinformation, désinformation et malinformation](#)
(Egale Canada)

4.2 Démystifier les mythes et les préjugés

- Renseignez-vous et renseignez aussi les collègues, les partenaires et le public sur les moyens de repérer la désinformation et la désinformation concernant les personnes 2SLGBTQI et prenez la parole pour corriger les choses, au besoin, sur le plan interpersonnel et de votre organisation.
- Dissipez les mythes les plus courants voulant, par exemple, que la sexualité soit un choix et non une identité, que le sexe soit la seule chose qui intéresse les personnes 2SLGBTQI (qu’elles sont hypersexuelles), qu’il n’y ait que deux genres ou que les toilettes non genrées ne soient pas sécuritaires.

4.3 Utiliser un langage inclusif

« Si la crainte d’utiliser les mauvais pronoms ou de dire les mauvaises choses suscite de la nervosité chez vous, prévoyez des stratégies qui vous permettront de savoir comment réagir si vous vous trompez. La préparation est déjà une action et une part de cette préparation consiste à accepter que des erreurs soient possibles. » [traduction]

ROD KNIGHT
professeur agrégé, Université de Montréal
École de santé publique⁹⁸

- Réviser les documents organisationnels (p. ex., les politiques, procédures, plans stratégiques, plans de travail) afin d’y intégrer un langage neutre et inclusif sur le plan du genre.

- Élaborez les lignes directrices à l'intention du personnel et des partenaires sur la façon d'intégrer un langage inclusif au travail quotidien avec des membres de la communauté, y compris des personnes 2SLGBTQI.
- Assurez-vous que les formulaires de prestation de services utilisent un langage inclusif et prévoyez des options qui tiennent compte de la diversité des genres et des identités (p. ex., des pronoms neutres; des choix tels que « non binaire », « transmasculine » et « transféminine »).

Pour plus de détails sur le langage neutre et inclusif axé sur l'équité, consultez

[*Grammaire de genre neutre et langage inclusif*](#) (Egale Canada)

[*Terminologie propre à l'équité en santé : parlons-en*](#) (CCNDS)

4.4 Ouvrir le dialogue avec les personnes 2SLGBTQI et souligner leurs contributions

- Nouez des relations et créez des partenariats avec des organismes communautaires 2SLGBTQI. Par exemple, partagez des ressources, le soutien au personnel, les locaux et les réseaux.
- Présentez les travaux réalisés par des universitaires et des organisations 2SLGBTQI dans des rapports et des travaux de recherche.
- Ouvrez le dialogue en public avec des personnes 2SLGBTQI lors d'initiatives de santé publique afin qu'elles puissent partager ce qu'elles vivent et contribuer à l'élaboration, à la mise

en œuvre et à l'évaluation des projets, avec la reconnaissance et la rémunération adéquates. Formez par exemple un conseil consultatif qui inclura des membres de ces communautés aux identités intersectionnelles afin d'inspirer des programmes et des ressources pour la prise de décision.

- Améliorez l'inclusion et les possibilités, pour les personnes 2SLGBTQI, d'accéder à des postes de direction dans les organisations afin qu'elles se sentent en sécurité, et appuyées pour apporter leur expertise et leur expérience. Encouragez, par exemple, leur participation à des comités consultatifs ou à l'examen de documents (p. ex. les politiques et les guides de pratique clinique).
- Prenez conscience que chaque expérience vécue est unique et que, parmi vos collègues 2SLGBTQI, certaines personnes peuvent être épuisées par l'effort que cela demande et ne pas se sentir en sécurité au sein de l'organisation. Offrez des moyens de participer sans que tout le travail à accomplir repose sur elles, et soyez une personne alliée active, qui accepte de partager les responsabilités.

Le [Centre de recherche communautaire \(CBRC\)](#) est un bon exemple d'organisation canadienne de recherche et d'intervention dans le domaine de la santé, dont la direction est assurée par des personnes 2SLGBTQI.

Dans votre région, quels organismes communautaires offrent de l'information, permettent de communiquer avec des chercheurs et sont dirigés par des membres des communautés 2SLGBTQI?

Facteurs dont tenir compte pour mettre au premier plan les expériences et les points de vue des personnes et des communautés 2SLGBTQI

- Trouve-t-on, au sein de votre organisme, des personnes possédant une expertise de terrain qui ont été intégrées pour diriger ce projet?
- Votre organisme a-t-il mis en œuvre les mesures pour comprendre l'information de base sur les besoins des personnes 2SLGBTQI et sur ce qu'elles vivent? Avez-vous examiné ou consulté les ressources et les études existantes?
- Quel type de mobilisation communautaire sera utilisé (p. ex., sondages, assemblées, groupes de discussion)? Les préjudices possibles qui en découlent ont-ils été pris en compte?
- Quel est l'objectif de la mobilisation communautaire (p. ex., comprendre les besoins de ces communautés, réviser les changements proposés, entreprendre une recherche à l'échelle au sein de la communauté)?
- Comment allez-vous rémunérer les membres de ces communautés qui ne font pas partie du personnel de l'organisation pour leur temps et leur expertise? Allez-vous intégrer ces sommes dans vos demandes de subventions ou pouvez-vous les prélever à même les fonds disponibles pour assurer une rémunération équitable?

Pour en savoir plus sur les moyens de mettre au premier plan les personnes et les communautés 2SLGBTQI, consultez [*Diriger avec fierté : pratiques exemplaires pour l'avancement du leadership 2SLGBTQIA+*](#) (Fierté au travail Canada)

4.5 Faciliter le changement dans les milieux communautaires et scolaires

ACCROÎTRE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE ET LA SENSIBILISATION DU PUBLIC

- Offrez des locaux, une infrastructure et du soutien organisationnel lors d'événements communautaires, par exemple en coorganisant des événements communautaires de sensibilisation aux enjeux 2SLGBTQI, en offrant la projection de documentaires sur la santé des personnes queer accompagnée de discussions animées ou en organisant un club de lecture pour les rapports de recherche sur la santé des personnes queer et trans.
- Réalisez des campagnes d'information sur la santé 2SLGBTQI destinées au public afin d'expliquer les racines structurelles et sociales des inégalités, les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé et les principes en droits de la personne des soins affirmatifs du genre.
- Créez et publiez des déclarations de principe appuyant les communautés 2SLGBTQI et les droits des personnes trans et non conformes au genre.
- Offrez des lignes directrices sur le langage inclusif dans les milieux de travail, les organismes communautaires et les autres organisations, partagez des exemples de politiques et de pratiques affirmatives du genre et entretenez des relations et des réseaux avec des organisations 2SLGBTQI.

APPUYER LES POLITIQUES INCLUSIVES DANS TOUS LES SECTEURS

- Appuyez les changements institutionnels et organisationnels à l'extérieur du secteur officiel de la santé afin de promouvoir les droits des personnes trans et non conformes au genre.
- Travaillez avec le secteur de la main-d'œuvre et de l'emploi à l'élaboration de politiques favorisant des milieux de travail inclusifs et des conditions de travail décentes pour les personnes 2SLGBTQI, en tant que déterminants de la santé importants.
- Travaillez avec le secteur du logement et avec des partenaires connexes intersectoriels pour offrir de la formation sur les besoins particuliers en matière de logement des personnes trans et non conformes au genre, et identifiez les obstacles à un logement sécuritaire et abordable.

Pour en savoir plus sur l'importance d'un travail décent en tant que déterminant de la santé, consultez [Ce qui détermine la santé : Notes d'information sur le travail décent](#)

PROMOUVOIR LA SÉCURITÉ ET L'INCLUSION DANS LES ÉCOLES

- Soutenez les alliances fondées sur le genre et la sexualité au sein de la population étudiante en proposant des ressources et des lignes directrices.
- Collaborez avec le personnel enseignant et les gestionnaires afin de créer des espaces éducatifs sûrs et inclusifs pour les élèves 2SLGBTQI et travaillez avec les groupes de parents afin de les rassurer et de leur dire que tous les enfants sont en sécurité dans un environnement scolaire affirmatif du genre.

- Travaillez avec les responsables de l'élaboration des programmes d'études afin d'intégrer la diversité sexuelle et de genre dans les cours d'éducation sexuelle et dans tous les autres cours.
- Remédiez aux mythes et communiquez sur les effets néfastes des restrictions à l'utilisation de certains pronoms et des noms choisis par les élèves, en affirmant que l'exploration du genre forme une part normale du développement de l'enfant et dissipez les fausses informations concernant les toilettes non genrées.
- Faites preuve de leadership et parlez publiquement de l'importance de créer et de favoriser des environnements sécuritaires pour les enfants et les jeunes 2SLGBTQI (et pour toutes les personnes) dans les milieux scolaire et communautaire.
- Encouragez les directions de santé publique à publier des énoncés de principe qui attireront l'attention sur les méfaits pour la santé de la stigmatisation, de la discrimination, des restrictions dans l'utilisation des pronoms et concernant la diversité de genre comme moyen de joindre les décideurs du milieu de la santé et d'autres secteurs.

« L'éducation est un déterminant de la santé. Les jeunes ont besoin de se sentir investis dans ce qu'ils vivent au secondaire si nous voulons qu'ils obtiennent leur diplôme. Les jeunes personnes queers sont surreprésentées dans les statistiques sur les jeunes qui ne terminent pas leur secondaire. Si nous voulons qu'elles le terminent, nous devons rendre le milieu scolaire plus sécuritaire. » [traduction]

JACQUIE GAHAGAN
vice-rectrice associée à la recherche,
Université Mount Saint Vincent¹¹

Pour voir un exemple de défense des droits par une organisation, consultez [Énoncé sur les droits et la santé des personnes transgenres et de diverses identités de genre](#) (Association canadienne de santé publique)

Pour en savoir plus sur des milieux scolaires sécuritaires, consultez [Écoles inclusives avec Egale Canada](#) (Egale Canada)

4.6 Créer des milieux de soins bienveillants

ÉLARGIR LE SOUTIEN ET LES SOINS AFFIRMATIFS DU GENRE

- Facilitez l'accès à des soins primaires affirmatifs du genre, y compris à l'hormonothérapie et aux chirurgies.
- Reliez les services de soins de santé mentale aux organismes présents dans la communauté. Prenez position pour des soins de santé mentale gratuits ou plus abordables afin de réduire les obstacles financiers.
- Faites pression pour un financement accru pour soutenir les organismes communautaires 2SLGBTQI.

FAVORISER DES PRATIQUES INCLUSIVES

- Augmentez la représentation en tenant les instances de gouvernance professionnelles responsables des pratiques discriminatoires empêchant les personnes 2SLGBTQI d'accéder à de tels postes.
- Faites de la formation en sécurité culturelle une exigence de développement professionnel pour le personnel des soins de santé à tous les paliers de l'organisation.

- Veillez à ce que les dossiers médicaux, les formulaires de laboratoire et les cartes santé tiennent compte des identités trans et non binaires et assurez-en la continuité dans les diverses plateformes.
- Améliorez la capacité technologique des cliniques et d'autres établissements de soins afin que les dossiers médicaux électroniques puissent être mis à jour de manière efficace (p. ex., les changements de nom ou de pronoms). Cette mesure pourrait nécessiter plus de financement pour la mise à jour des logiciels de gestion des données et pour la mise en œuvre d'un plan pour la mise en place de la [Feuille de route commune de l'interopérabilité canadienne](#) de l'Inforoute Santé du Canada.
- Améliorez les méthodes de collecte de données et les outils de mesure afin que les populations de personnes trans et diversifiées sur le plan du genre puissent être incluses dans les données de santé publique.
- Veiller à ce que des toilettes non genrées soient disponibles dans tous les établissements de santé publique.

De nombreuses mesures, qu'il s'agisse de changements individuels ou organisationnels, peuvent aider à créer des espaces (plus) sécuritaires. Pour des ressources pertinentes :

[Promoting 2SLGBTQI+ health equity](#) (Registered Nurses' Association of Ontario)

[Leading and learning with pride: A revitalized tool kit on supporting 2SLGBTQI+ seniors – surtout le cadre d'évaluation proposé à la p. 169 \(Ville de Toronto, Seniors Services and Long-Term Care\)](#)

Remarque : Même lorsque chaque recommandation est mise en pratique, toutes les personnes ne vont pas nécessairement se sentir en sécurité.

4.7 Soutenir le développement professionnel

FAVORISER L'ACQUISITION DE CONNAISSANCES ET DE COMPÉTENCES DE BASE

- Veillez à ce que les programmes éducatifs et de formation abordent en détail les obstacles structurels aux soins auxquels sont confrontées les personnes 2SLGBTQI (p. ex., la transphobie, le racisme, le capacitisme).
- Intégrez un volet particulier de formation sur les besoins des personnes autochtones bispirituelles et LGBTQ qui doivent recevoir des soins de santé.
- Appuyez le développement des connaissances et de la formation en compétences culturelles et soins affirmatifs du genre pour les professionnels de la santé travaillant avec des personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre.
- Constituez et gardez à jour un ensemble de ressources pour aider les membres de la communauté, les familles et les organisations à améliorer leur compréhension de l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI.

RESSERRER LES EXIGENCES DE FORMATION ET L'ÉVALUATION

- Favorisez l'adoption d'une formation obligatoire sur les enjeux de santé des personnes 2SLGBTQI pour le personnel de la santé publique de tous les échelons (p. ex., à la direction, en première ligne, à l'administration) afin d'aider à la création d'espaces plus sécuritaires en santé publique.
- Rendez obligatoire la formation en sécurité culturelle et sensibilité aux réalités 2SLGBTQI, laquelle serait suivie d'une évaluation complète qui mesurerait les changements apportés par les personnes apprenantes dans les milieux de travail, aux pratiques et aux approches de prestation de services au fil du temps.

- Encouragez les organismes de réglementation des professionnels de la santé à exiger une formation et de l'éducation sur la santé des personnes 2SLGBTQI et sur les origines structurelles et sociales des inégalités sociales de santé.
- Élaborez et mettez en œuvre des objectifs et des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et l'évaluation du rendement, qui se concentreront sur l'amélioration des connaissances en santé des personnes 2SLGBTQI et la création d'espaces plus sûrs pour les soins de santé des personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre.

Quelques ressources de développement professionnel sur des concepts de base

[*2SLGBTQ Foundations*](#) (formation, en anglais; Santé Arc-en-ciel Ontario; inscription nécessaire et droits minimes exigés)

[*Sexual Orientation and Gender Identity Nursing toolkit*](#)

(Canadian Alliance of Nurse Educators using Simulation; modules d'apprentissage gratuits)

Conclusion

La promotion de l'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI est une priorité de santé publique. Les inégalités sociales de santé que vivent ces personnes sont stimulées par des facteurs structurels, sociaux et individuels qui façonnent le quotidien et les expériences vécues au sein du système de santé. Ces facteurs — soit les déterminants structurels et sociaux de la santé, le stress de minorités, l'oppression intersectionnelle, le manque de sécurité culturelle, la stigmatisation et la discrimination, les obstacles aux soins, des conditions précaires de logement, d'emploi et de revenu — interagissent de manière complexe pour entraîner des risques cumulés pour la santé, des conséquences négatives disproportionnées et de mauvais résultats sur la santé physique et mentale.

Ces facteurs interdépendants mettent en relief la nature systémique des inégalités sociales de santé pour les personnes 2SLGBTQI et la nécessité de mesures coordonnées, à de multiples échelons. La santé publique est bien positionnée pour travailler dans de multiples secteurs, pour coordonner les ressources et redistribuer les pouvoirs aux communautés 2SLGBTQI afin d'améliorer les résultats sur la santé de cette population.

Les principaux domaines d'action pour la santé publique, qui s'appuient sur une approche affirmative du genre qui respecte la diversité et l'expression du genre, sont les suivants :

- Vivre et agir en tant qu'alliés.
- Démystifier les mythes et les préjugés.
- Utiliser un langage inclusif de genre.
- Ouvrir le dialogue avec les personnes 2SLGBTQI et souligner leurs contributions.
- Faciliter le changement dans les milieux communautaires et scolaires.
- Créer des milieux de soins bienveillants.
- Soutenir le développement professionnel.

Favoriser l'équité de santé exige de recentrer et d'honorer les besoins et les expériences vécues par les personnes 2SLGBTQI, de les faire participer aux décisions sur la conception et la prestation des services de soins de santé, et sur la réparation des préjudices qui surviennent lorsque les problèmes qui les concernent sont ignorés ou ne peuvent être exprimés en toute sécurité. Des approches sécuritaires sur le plan culturel sont essentielles et supposent notamment une remise en question des déséquilibres de pouvoir et de la discrimination systémique dans les soins de santé. Ces approches exigent aussi que l'on dispose de politiques qui tiennent compte des besoins et des réalités des personnes trans ou diversifiées sur le plan du genre. Intégrer les principes de la sécurité culturelle aux politiques et aux pratiques aidera à créer un système de santé plus inclusif et plus efficace, qui favorisera de meilleurs résultats sur la santé pour les personnes 2SLGBTQI au Canada.

Même lorsque les changements apportés aux politiques ou aux directives se heurtent à de la résistance, il persiste des aspects que vous pouvez encore contrôler... et que vous *pouvez* changer.

Vous pouvez changer votre façon d'interagir avec les autres et le langage que vous utilisez :

- Partagez et demandez quels sont les pronoms et les noms choisis.
- Participez aux échanges sur la santé 2SLGBTQI sans présumer les identités de genre, les rôles fondés sur le genre ou la sexualité des personnes.
- Utilisez un langage neutre sur le plan du genre lorsque vous parlez de symptômes ou de parties du corps dans le cadre de discussions sur les facteurs de risque ou de protection.

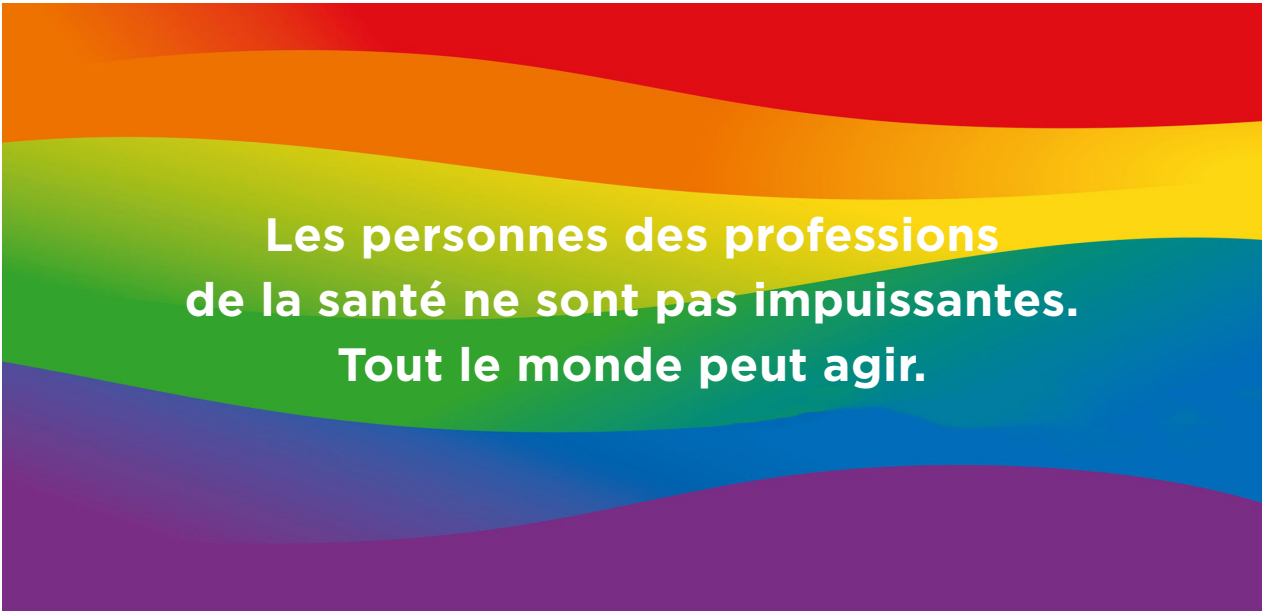
Vous pouvez favoriser des environnements plus sûrs :

- Remettez en question les commentaires stigmatisants et discriminatoires de collègues de travail et invitez-les à discuter de leurs commentaires.
- Partagez l'information, les récits et les statistiques sur la santé des personnes 2SLGBTQI afin d'élargir la compréhension et les points de vue.

La santé est un droit de la personne.

Les soins affirmatifs du genre sauvent des vies.

L'équité en santé pour les personnes 2SLGBTQI est une priorité de santé publique.



**Les personnes des professions
de la santé ne sont pas impuissantes.
Tout le monde peut agir.**

Références

1. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme; Organisation mondiale de la santé. Le droit à la santé [Internet]. Genève (Suisse) : OHCHR; juin 2008 [cité le 17 mars 2026]. 65 p. Disponible à https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf
2. Comeau D, Johnson C, Bouhamdani N. Review of current 2SLGBTQIA+ inequities in the Canadian health care system. *Front Public Health*. 2023;11: article 1183284 [13 p.]. doi: 10.3389/fpubh.2023.1183284.
3. Canada, Parlement, Chambre des communes, Comité permanent de la santé. La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada [Internet]. 42e législature. 1re session. Rep. no 28. Ottawa (Ont.): Chambre des communes; juin 2019 [cité le 17 mars 2026]. 72 p. Disponible à <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10574595/hesarp28/hesarp28-f.pdf>
4. Frost DM, Meyer IH. Minority stress theory: application, critique, and continued relevance. *Curr Opin Psychol*. Juin 2023; 51: article 101579 [6 p.]. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101579.
5. Agence de la santé publique du Canada. Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; déc. 2021 [cité le 17 mars 2026]. 139 p. [Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2021]. Disponible à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2021/cpho-report-fra.pdf>
6. Centre de collaboration nationale en santé publique. Compétences essentielles en santé publique au Canada, version 2.0 [Internet]. [lieu inconnu] : CCNSP; 2025 [cité le 17 mars 2026]. 36 p. Disponible à https://nccph.s3.amazonaws.com/uploads/2025/10/CCNPS_Competences-essentielles-en-sante-publique-au-Canada_Version-2.0.pdf
7. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Promoting the rights and health of transgender people as a public health equity priority [vidéo sur Internet, en anglais]. Antigonish (N.-É.): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 24 juil. 2024 [cité le 17 mars 2026]. 86 min. Disponible à <https://CCNDS.ca/webinar/promoting-the-rights-and-health-of-transgender-people-as-a-public-health-equity-priority/>.
8. Mulé NJ. State involvement in LGBTQ+ health and social support issues in Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (19) : article 7314 [12 p.], doi: 10.3390/ijerph17197314.
9. Higgins R, Hansen B, Jackson BE, Shaw A, Lachowsky NJ. Programs and interventions promoting health equity in LGBTQ2+ populations in Canada through action on social determinants of health. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. Déc. 2021; 41 (12) : 431-5, doi: 10.24095/hpcdp.41.12.04.
10. Association canadienne de santé publique. Énoncé sur les droits et la santé des personnes transgenres et de diverses identités de genre [Internet]. Ottawa (Ont.) : ACSP; 7 mai 2024 [cité le 17 mars 2026]. [environ 3 écrans]. Disponible à <https://www.cpha.ca/fr/enonce-sur-les-droits-et-la-sante-des-personnes-transgenres-et-de-diverses-identites-de-genre>.
11. Gahagan, J (Université Mount Saint Vincent). Entretien avec Dianne Oickle, offert en ligne (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé); 30 janvier 2024.
12. Trans Care BC. Creating affirming services [Internet]. Vancouver (C.-B.): Provincial Health Services Authority; [cité le 17 mars 2026]. [environ 5 écrans]. Disponible à <https://www.transcarebc.ca/health-professionals/creating-affirming-services>.
13. Bhatt N, Cannella J, Gentile JP. Gender-affirming care for transgender patients. *Innov Clin Neurosci* [Internet]. Avril-juin 2022 [cité le 17 mars 2026];19 (4-6) : 23-32. Disponible à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35958971/>.
14. Santé Ontario. Les soins affirmatifs du genre pour les personnes de diverses identités de genre : Soins offerts aux adultes [Internet]. Toronto (Ont.) : Imprimeur du roi pour l'Ontario; oct. 2024 [cité le 17 mars 2026]. 47 p. Disponible à <https://santeontario.ca/content/dam/ontariohealth/documents/filter-list/qs/qs-gender-affirming-care-adults-fr.pdf>.

15. Quint M, Bailar S, Miranda A, Bhasin S, O'Brien-Coon D, Reisner SL. The AFFIRM Framework for gender-affirming care: qualitative findings from the Transgender and Gender Diverse Health Equity Study. *BMC Public Health*. 2025; 25 : article 491 [24 p.]. doi: 10.1186/s12889-024-21261-7.
16. Ross LE, Kinitz DJ, Kia H. Pronouns are a public health issue. *Am J Public Health*. Mars 2022; 112(3) : 360-2. doi: 2105/AJPH.2021.306678.
17. Ng HH. Intersectionality and shared decision making in LGBTQ health. *LGBT Health*. Oct. 2016; 3 (5) : 325-6, doi: 10.1089/lgbt.2016.0115.
18. Bartels MS, Tseung-Wong CN, Crisp DA, Brown PM. Dimensions of cisheteronormativity that influence healthcare utilization practices in LGBTQ+ populations: a systematic review. *Soc Sci Med*. Févr. 2025; 371: article 117818 [17 p.], doi: 10.1016/j.socscimed.2025.117818.
19. Pang C, Jakubiec BAE, Seida K, Garrett-Walker J. "You have to do mental gymnastics to get any form of care": How Two Spirit, lesbian, bisexual, trans, and queer women and gender-diverse people navigate racism and cisheterosexism dans Canadian healthcare. *Soc Sci Med*. Sept. 2025; 381 : article 118298 [10 p.], doi: 10.1016/j.socscimed.2025.118298.
20. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Déterminants de la santé : parlons-en [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2024 [cité le 17 mars 2026]. 15 p. Disponible à https://nccdh.ca/wp-content/uploads/2024/10/CCNDS_Lets_talk_Determinants_of_health_FR.pdf
21. Compton MT, Shim RS. The social determinants of mental health. *Focus*. Oct. 2015; 13 (4) : 419-25, doi: 10.1176/appi.focus.20150017.
22. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. Hiver 1988; 15 (4) : 351-77, doi: 10.1177/109019818801500401.
23. Veldhuis C. The LGBTQIA+ social-ecological model. *PsyArXiv* [préimpression]. 14 nov. 2022 [soumis le 15 nov. 2022; cité le 17 mars 2026]: [6 p.]. Disponible à <https://doi.org/10.31234/osf.io/zgkn8>
24. Cyrus K. Multiple minorities as multiply marginalized: applying the minority stress theory to LGBTQ people of color. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2017; 21 (3) : 194-202, doi: 10.1080/19359705.2017.1320739.
25. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. Sept. 2003; 129 (5) : 674-97, doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.
26. Hoy-Ellis CP. Minority stress and mental health: a review of the literature. *J Homosex*. 2023; 70 (5) : 806-30, doi: 10.1080/00918369.2021.2004794.
27. Coyne CA, Poquiz JL, Janssen A, Chen D. Evidence-based psychological practice for transgender and non-binary youth: defining the need, framework for treatment adaptation, and future directions. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health*. 2020; 5 (3) : 340-53, doi: 10.1080/23794925.2020.1765433.
28. Flentje A, Sunder G, Tebbe E. Minority stress in relation to biological outcomes among sexual and gender minority people: a systematic review and update. *J Behav Med*. Févr. 2025; 48 (1) : 22-42, doi: 10.1007/s10865-024-00539-6.
29. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Santé publique et identité de genre, diversité sexuelle et équité en santé [vidéo disponible sur Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier; 13 juil. 2023 [cité le 17 mars 2026]. 87 min. Disponible à <https://nccdh.ca/fr/webinar/webinar-gender-identity-sexual-diversity-and-health-equity-in-public-health/>.
30. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev*. Juillet 1991; 43 (6) : 1241-99. doi: 10.2307/1229039.
31. Collins PH. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annu Rev Sociol*. 2015; 41 : 1-20, doi: 10.1146/annurev-soc-073014-112142.
32. Walubita T, Beccia AL, Boama-Nyarko E, Ding EY, Ferrucci KA, Jesdale BM. Complicating narratives of sexual minority mental health: an intersectional analysis of frequent mental distress at the intersection of sexual orientation, gender identity, and race/ethnicity. *LGBT Health*. Avr. 2022; 9 (3) : 161-8, doi: 10.1089/lgbt.2021.0099.

33. Bowleg L. We're not all in this together: on COVID-19, intersectionality, and structural inequality. *Am J Public Health*. Juil. 2020; 110 (7) : 917, doi: 10.2105/AJPH.2020.305766.
34. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'intersectionnalité : parlons-en [Internet]. Antigonish (N.-É.): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2022 [cité le 17 mars 2026]. 15 p. Disponible à https://nccdh.ca/wp-content/uploads/2024/10/NCCDH_Lets_Talk_Intersectionality_FR.pdf.
35. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé [Internet]. Antigonish (N.-É.): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2022 [mis à jour en déc. 2024; cité le 17 mars 2026]. Disponible à <https://nccdh.ca/fr/learn/glossaire/>.
36. Marcus N, Ghabrial M. Minority stress and intersectionality: an example [Internet]. Toronto (Ont.): Queer Care Kit; [cité le 17 mars 2026]. [environ 2 écrans]. Disponible à <https://www.queercarekit.com/post/minority-stress-and-intersectionality-an-example/>.
37. Ramsden IM. Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu [dissertation publiée sur Internet]. Wellington (N.-Z.): Université Victoria de Wellington; 2002 [cité le 17 mars 2026]. 211 p. Disponible à https://www.croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf.
38. Brascoupe S, Waters C. Cultural safety : exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Int J Indig Health* [Internet]. Nov. 2009 [cité le 17 mars 2026]; 5 (2) : 6-41. Disponible à <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/28981/23928>.
39. Egale Canada; Le Réseau Enchanté. Building bridges: 2SLGBTQI anti-racism workbook [Internet]. Toronto (Ont.): Egale; 2025 [cité le 17 mars 2026]. 93 p. Disponible à https://egale.ca/wp-content/uploads/2025/03/1.-Anti-Racism-Workbook_V-01_2025.pdf.
40. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la vérité, réconcilier l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada [Internet]. Winnipeg (M): ; 2015 [cité le 17 mars 2026]. 527 p. Disponible à https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/trc/IR4-7-2015-fra.pdf.
41. McCallum MJL, Boyer Y. Undertreatment, overtreatment, and coercion into treatment: identifying and documenting anti-Indigenous racism in health care in Canada. *Aboriginal Policy Studies*. 2018; 7 (1) : 190-3, doi: 10.5663/aps.v7i1.29343.
42. Ristock J, Zoccole A, Passante L, Potskin J. Impacts of colonization on Indigenous Two-Spirit/LGBTQ Canadians' experiences of migration, mobility and relationship violence. *Sexualities*. Sept. 2019; 22 (5-6) : 767-84, doi: 10.1177/1363460716681474.
43. Paul W, Monchalin R, Auger M, Jones C. "By identifying myself as Métis, I didn't feel safe...": experiences of navigating racism and discrimination among Métis women, Two-Spirit and gender diverse community members in Victoria, Canada. *J Health Serv Res Policy*. Oct. 2023; 28 (4) : 244-51, doi: 10.1177/13558196231188632.
44. Agence de la santé publique du Canada; Pan-Canadian Public Health Network. Les principales inégalités de santé au Canada : un portrait national [Internet]. Ottawa (Ont.) ; août 2018 [cité le 17 mars 2026]. 433 p. Disponible à https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/key_health_inequalities_full_report-fra.pdf.
45. Stelkia K. Structural racism as an ecosystem: an exploratory study on how structural racism influences chronic disease and health and wellbeing of First Nations in Canada *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20 (10) : article 5851 [18 p.], doi: 10.3390/ijerph20105851.
46. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Transcription d'un épisode de balado et document d'accompagnement : Disruption du colonialisme pour la santé des personnes bispirituelles [Internet]. Antigonish (N.-É.): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2024 [cité le 17 mars 2026]. 19 p. (Mind the Disruption; saison 1, épisode 6). Disponible à https://nccdh.ca/wp-content/uploads/2025/08/CCNDS_MTD_Companion_Document_S1E6_FR.pdf.
47. Desmeules-Trudel F, Jakubiec BAE, MacLennan E, Manuel G, Pang C, Rodomar N et coll. Social determinants of mental health and care access among 2SLGBTQI people: highlights from community-engaged research. *Can Psychol*. Août 2023; 64 (3) : 189-99, doi: 10.1037/cap0000363.

48. Bell J, Purkey E. Trans individuals' experiences in primary care. *Can Fam Physician* [Internet]. Avr. 2019 [cité le 17 mars 2026]; 65 (4) : e147-54. Disponible à <https://www.cfp.ca/content/65/4/e147.long>.
49. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW, Head EM, Bauer GR. "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": a qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: article 110 [13 p.], doi: 10.1186/1472-6963-12-110.
50. Coleman TA, Bauer GR, Pugh D, Aykroyd G, Powell L, Newman R. Sexual orientation disclosure in primary care settings by gay, bisexual, and other men who have sex with men in a Canadian city. *LGBT Health*. Févr. 2017; 4 (1) : 42-54, doi: 10.1089/lgbt.2016.0004.
51. Russon J, Washington R, Machado A, Smithee L, Dellinger J. Suicide among LGBTQIA+ youth: a review of the treatment literature. *Aggress Violent Behav*. Mai-juin 2022; 64 : article 101578 [11 p.], doi: 10.1016/j.avb.2021.101578.
52. Johns MM, Lowry R, Haderxhanaj LT, Rasberry CN, Robin L, Scales L, et coll. Trends in violence victimization and suicide risk by sexual identity among high school students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2015–2019. *MMWR Suppl*. 2020; 69 (suppl. 1) : 19-27, doi: 10.15585/mmwr.su6901a3.
53. Gaspar M, Marshall Z, Rodrigues R, Adam BD, Brennan DJ, Hart TA et coll. Mental health and structural harm: a qualitative study of sexual minority men's experiences of mental healthcare in Toronto, Canada. *Cult Health Sex*. 2021; 23 (1) : 98-114, doi: 10.1080/13691058.2019.1692074.
54. Veltman A, Rose TL, Chaimowitz G. Mental health care for people who identify as Two Spirit, lesbian, gay, bisexual, transgender, and (or) queer (2SLGBTQ+). *Can J Psychiatry*. Févr. 2024; 69 (2) : 140-55, doi: 10.1177/07067437231195727.
55. Ferlatte O, Oliffe JL, Louie DR, Ridge D, Broom A, Salway T. Suicide prevention from the perspectives of gay, bisexual, and two-spirit men. *Qual Health Res*. Juil. 2019; 29 (8) : 1186-98, doi: 10.1177/1049732318816082.
56. Kia H, Robinson M, MacKay J, Ross LE. Poverty in lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and two-spirit (LGBTQ2S+) populations in Canada: an intersectional review of the literature. *J Poverty Soc Justice*. Févr. 2020; 28 (1) : 21-54, doi: 10.1332/175982719X15687180682342.
57. O'Handley B, Courtice EL. Mental well-being, social support, and the unique experiences of transgender and nonbinary people during the COVID-19 pandemic. *Can J Hum Sex*. Sept. 2022; 31 (2) : 163-75, doi: 10.3138/cjhs.2022-0024.
58. Sylliboy JR, Bird N, Butler E, Wilmot K, Perley G. Two-Spirits' response to COVID-19: survey findings in Atlantic Canada identify priorities and developing practices. *Int J Indig Health*. Juil. 2022; 17 (1) : 14-25, doi: 10.32799/ijih.v17i1.36724.
59. Wabanaki Two-Spirit Alliance. Final report: survey on Covid-19 impacts with the Two-Spirit community of Wabanaki, 2021 [Internet]. Halifax (N.-É.): W2SA; 2021 [cité le 17 mars 2026]. 19 p. Disponible à <https://bonmot.ca/w2sa.ca/w2sa.ca/sites/w2sa.ca/files/2021-08/W2SA%20Final%20Report%20-%20Covid%20impacts%20on%20Two-Spirits/index.pdf>.
60. Tam MW, Pilling MD, MacKay JM, Gos WG, Keating L, Ross LE. Development and implementation of a 2SLGBTQ+ competent trauma-informed care intervention. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2024; 28 (3) : 335-59, doi: 10.1080/19359705.2022.2141936.
61. Mulé NJ. Much to be desired: LGBT health inequalities and inequities in Canada. Dans Fish J, Karban K, éditeurs. *Lesbian, gay, bisexual and trans health inequalities: international perspectives in social work* [Internet]. Bristol (R. U.) : Bristol University Press; 2015 [cité le 17 mars 2026]. p. 27-44. Disponible à <https://www.cambridge.org/core/books/lgbt-health-inequalities/much-to-be-desired-lgbt-health-inequalities-and-inequities-in-canada/F1F50366D3DEFC79215979F21E45360E>.
62. Campbell J, Nathoo A, Chard S, Messenger D, Walker M, Bartels SA. Lesbian, gay, bisexual, transgender and or queer patient experiences in Canadian primary care and emergency departments: a literature review. *Cult Health Sex*. 2023; 25 (12) : 1707-24, doi: 10.1080/13691058.2023.2176548.

63. Kia H, Pang C, Goncu K, Jakubiec B, MacKinnon KR, Handlovsky I, et coll. « I needed to be that voice: a multi-party study of the healthcare and social service experiences and needs of transgender and gender-diverse older adults in Canada. *J Appl Gerontol.* Juil. 2025; 44 (7) : 1039-46, doi: 10.1177/07334648241295570.
64. Seida K. Soins en santé mentale pour les personnes 2SLGBTQI : favoriser une pratique professionnelle plus inclusive. Rapport de recherche [Internet]. Toronto (Ont.): Egale Canada; juil. 2023l [cité le 17 mars 2026]. 58 p. Disponible à <https://egale.ca/wp-content/uploads/2023/07/Soins-en-sante-mentale-pour-les-personnes-2SLGBTQI-favoriser-une-pratique-professionnelle-plus-inclusive-Rapport-de-recherche-.pdf>.
65. Jakubiec BAE, Pang C, Seida K. Expériences et besoins en matière d'accès aux soins de santé des femmes, des personnes trans et non binaires LBQ au Canada. Rapport de recherche [Internet]. Toronto (Ont.): Egale Canada; août 2023 [cité le 17 mars 2026] 100 p. Disponible à https://egale.ca/wp-content/uploads/2024/10/FR-Action-Through-Connection-Report_Final_Oct2024.pdf.
66. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health.* 2015; 15 : article 525 [15 p.], doi: 10.1186/s12889-015-1867-2.
67. Stewart M, Ryu H, Blaque E, Hassan A, Anand P, Gomez-Ramirez O et coll. Cisnormativity as a structural barrier to STI testing for trans masculine, Two-Spirit, and non-binary people who are gay, bisexual, or have sex with men. *PLoS One.* 2022; 17 (11) : e0277315 [22 p.], doi: 10.1371/journal.pone.0277315.
68. TallBear K. Making love and relations beyond settler sex and family. In: Rayter S, Halpern Zisman L, . *Queerly Canadian: an introductory reader in sexuality studies.* 2e éd. Toronto (Ont.) : Women's Press; 2022. p. 18-28.
69. Amster EJ. The past, present and future of race and colonialism in medicine. *CMAJ.* 24 mai 2022; 194 (20) : E708-10, doi: 10.1503/cmaj.212103.
70. Williams KKA, Baidooobonso S, Lofters A, Haggerty J, Leblanc I, Adams AM. Anti-Black racism in Canadian health care: a qualitative study of diverse perceptions of racism and racial discrimination among Black adults in Montreal, Quebec. *BMC Public Health.* 2024; 24 : article 3152 [17 p.], doi: 10.1186/s12889-024-20636-0.
71. Moscou K, Bhagalloo A, Onilude Y, Zaman I, Said A. Broken promises: racism and access to medicines in Canada. *J Racial Ethn Health Disparities.* Juin 2024; 11 (3) : 1182-98, doi: 10.1007/s40615-023-01598-2.
72. Curlew A. Transgender hate crimes are on the rise even in Canada [Internet]. Toronto (Ont.): The Conversation – Canada; 20 août 2019 [cité le 17 mars 2026]. [environ 10 écrans]. Disponible à <http://theconversation.com/transgender-hate-crimes-are-on-the-rise-even-in-canada-121541>.
73. Commission canadienne des droits de la personne. Le logement, un droit de la personne [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDP; [cité le 17 mars 2026]. [environ 4 écrans]. Disponible à <https://www.ccdp-chrc.gc.ca/individus/le-droit-au-logement/logement-droit-personne>.
74. Ville de Toronto, Toronto Shelter and Support Services; Abramovic A. 2SLGBTQ+ peoples' experiences of homelessness in Toronto: analysis of the 2021 Street Needs Assessment Survey [Internet]. Toronto (Ont.) : Ville de Toronto; 2024 [cité le 17 mars 2026]. 31 p. Disponible à <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2024/06/975d-2SLGBTQ-Homelessness-SNA-2021-FinalAODA.pdf>
75. Manoni-Millar S, Gaetz S, David A, Sylvestre J, Aubry T. From coping to resilience: how youth with lived experience of homelessness cope with stressful experiences. *J Appl Soc Sci (Boulder).* Mars 2025; 19 (1) : 77-94, doi: 10.1177/19367244241290785.
76. Abramovich A, Pang N, Moss A. Experiences of family violence among 2SLGBTQ+ youth at risk of, and experiencing, homelessness before and during the COVID-19 pandemic. *J Gay Lesbian Ment Health.* 2022; 26 (3) : 265-88, doi: 10.1080/19359705.2022.2076759.
77. Kidd SA, Gaetz S, O'Grady B, Schwan K, Zhao H, Lopes K, et coll. The second national Canadian homeless youth survey: mental health and addiction findings. *Can J Psychiatry.* Oct. 2021; 66 (10) : 897-905, doi: 10.1177/0706743721990310.

78. Ville de Toronto. 2021 Census: citizenship, immigration, ethnic origin, visible minority groups (race), mobility, migration, religion [Internet]. Toronto (Ont.): Ville de Toronto; 2022 [cité le 17 mars 2026]. 16 p. Disponible à <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2023/03/8ff2-2021-Census-Backgrounder-Immigration-Ethnoracial-Mobility-Migration-Religion-FINAL1.1-corrected.pdf>
79. Seventh Generation Midwives Toronto. Our Health Counts Toronto: housing and mobility [Internet]. Toronto (Ont.): Well Living House; 2018 [cité le 17 mars 2026]. 3 p. Disponible à <http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2018/02/Housing-and-mobility-OHC-Toronto.pdf>.
80. Pang C, MacLennan E. Bien vieillir et bien vivre pour les aîné.es LGBTQI au Canada : conclusions de l'enquête nationale [Internet]. Toronto (Ont.): Egale Canada; août 2023 [cité le 17 mars 2026]. 128 p. Disponible à <https://egale.ca/wp-content/uploads/2023/09/Bien-vieillir-et-bien-vivre-pour-les-aîné.es-LGBTQI-au-Canada-conclusions-de-lenquete-nationale-3.0.pdf>.
81. Gahagan J, Redden M; National LGBT Housing Matters Research Team. LGBT Housing Matters: results of the Canadian LGBT older adults and housing project [Internet]. Halifax (N.-É.): Université Dalhousie, Gender and Health Promotion Studies Unit; 2020 [cité le 17 mars 2026]. 44 p. Disponible à <https://hdl.handle.net/10587/2134>
82. Kattari SK, Whitfield DL, Walls NE, Langenderfer-Magruder L, Ramos D. Policing gender through housing and employment discrimination: comparison of discrimination experiences of transgender and cisgender LGBQ individuals. *J Soc Social Work Res*. Automne 2016; 7 (3) : 427-47, doi: 10.1086/686920.
83. Rodomar N, Irving D, Jakubiec B, Desmeules-Trudel F, MacLennan E. Travailler pour le changement : Comprendre les expériences en matière d'emploi des personnes 2Spirit, trans, et non binaires au Canada [Internet]. Toronto (Ont.): Egale Canada; févr. 2024 [cité le 17 mars 2026]. 147 p. Disponible à https://indd.adobe.com/view/publication/5cb52764-568d-4d25-b10f-5eee66cb6e53/tdz6/publication-web-resources/pdf/FR-Working_For_Change_Report.pdf.
84. Sterling A, Camacho S, Nguyen J, Chang R. Housing challenges, barriers, and realities among 2SLGBTQI people in Canada: a literature review [Internet]. Toronto (Ont.): Egale Canada; nov. 2024 [cité le 17 mars 2026]. 49 p. Disponible à https://egale.ca/wp-content/uploads/2024/11/Housing-Among-2SLGBTQI-People-in-Canada_Literature-Review_V-01.pdf.
85. McDowell K. LGBTQ2 vulnerability in the Canadian housing sector [Internet]. Edmonton (AB): Community Housing Canada; 2021 [cité le 17 mars 2026]. 87 p. Disponible à <https://ualberta.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/7cdf862b-689b-4e8c-8a06-bde26b5a5d98/content>.
86. Gaetz S. Policy into practice: how government can play a role in supporting LGBTQ2S youth. In: Abramovich A, Shelton J, editors. Where am I going to go? Intersectional approaches to ending LGBTQ2S youth homelessness in Canada & the U.S. [Internet]. Toronto (Ont.): Canadian Observatory on Homelessness Press; 2017 [cité le 17 mars 2026]. p. 309-20. Disponible à <https://homelesshub.ca/wp-content/uploads/2024/04/Where-Am-I-Going-To-Go.pdf>.
87. Ecker J. Facilitators and barriers to attaining housing among 2SLGBTQ+adults with experiences of homelessness. *Sex Gend Divers Soc Serv*. 2024; 36 (2) : 247-72, doi: 10.1080/10538720.2023.2251132.
88. Appiah A, Brennan K, Halpenny C, Pakula B, Waite S. Building the evidence base about economic, health, and social inequities faced by LGBTQ2S+ individuals in Canada: phase 2 final report [Internet]. Ottawa (Ont.): Social Research and Demonstration Corporation; août 2021 [cité le 17 mars 2026]. 71 p. Disponible à <https://www.srdc.org/wp-content/uploads/2022/07/wage-phase-2-final-report.pdf>.
89. Waite S, Ecker J, Ross LE. A systematic review and thematic synthesis of Canada's LGBTQ2S+ employment, labour market and earnings literature. *PLoS One*. 2019; 14 (10) : e0223372 [20 p.], doi: 10.1371/journal.pone.0223372.
90. Kinitz DJ, Shahidi FV, Ross LE. Job quality and precarious employment among lesbian, gay, and bisexual workers: a national study. *SSM Popul Health*. Déc. 2023; 24 : article 101535 [9 p.], doi: 10.1016/j.ssmph.2023.101535.

91. Kia H, Rutherford L, Jackson R, Grigorovich A, Ricote CL, Scheim AI, et coll. Impacts of COVID-19 on trans and non-binary people in Canada: a qualitative analysis of responses to a national survey. *BMC Public Health*. 2022; 22 : article 1284 [11 p.], doi: 10.1186/s12889-022-13684-x.
92. Statistique Canada. Profil socioéconomique de la population 2EKGBTQ+ âgée de 15 ans et plus, 2019 à 2021. *Le Quotidien* [Internet]. 25 janv. 2024 [cité le 17 mars 2026] : [environ 6 écrans]. Disponible à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240125/dq240125b-fra.htm>.
93. Kinitz DJ, Salway T, Kia H, Ferlatte O, Rich AJ, Ross LE. Health of two-spirit, lesbian, gay, bisexual and transgender people experiencing poverty in Canada: a review. *Health Promot Int*. Févr. 2022; 37 (1) : article daab057 [22 p.], doi: 10.1093/heapro/daab057.
94. Ross LE, O’Gorman L, MacLeod MA, Bauer GR, MacKay J, Robinson M. Bisexuality, poverty and mental health: a mixed methods analysis. *Soc Sci Med*. Mai 2016; 156 : 64-72, doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.009.
95. Gaspar M, Grey C, Wells A, Hull M, Tan DHS, Lachowsky N, et coll. Public health morality, sex, and COVID-19: sexual minority men’s HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) decision-making during Ontario’s first COVID-19 lockdown. *Crit Public Health*. 2022; 32 (1) : 116-26, doi: 10.1080/09581596.2021.1970720.
96. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: a mixed-methods analysis. *LGBT Health*. 2021; 8 (4) : 273-80, doi: 10.1089/lgbt.2020.0437.
97. MacMillan Gomez J. Entretien avec Dianne Oickle, offert en ligne (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé); 29 août 2024.
98. Knight R (Université de Montréal). Entretien avec Dianne Oickle, offert en ligne (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé); 30 janvier 2024.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)
Université St. Francis Xavier
Antigonish (Nouvelle-Écosse) B2G 2W5
CCNDS@stfx.ca
www.CCNDS.ca



EGALE CANADA
120, rue Carlton,
bureau 217
Toronto (Ontario) M5A 4K2
research@egale.ca
egale.ca