



LES CAHIERS DE LA CHAIRE DE RECHERCHE SUR L'HOMOPHOBIE
DIVERSITÉ SEXUELLE ET PLURALITÉ DES GENRES :
DES SAVOIRS POUR CONTRER LES PRÉJUGÉS

septembre 2016

*Adéquation des services sociaux et de santé avec
les besoins des minorités sexuelles : Résultats et
recommandations de la recherche –action
participative menée au CSSS Jeanne-Mance*

Rapport de recherche

*Jean Dumas, Line Chamberland
et Olivia Kamgain*

Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des
minorités sexuelles : Résultats et recommandations de la
recherche-action participative menée au CSSS Jeanne-Mance

Rapport de recherche

Jean Dumas, Line Chamberland
et Olivia Kamgain

Chaire de recherche sur l'homophobie
Université du Québec à Montréal

**Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des minorités
sexuelles : Résultats et recommandations de la recherche-action
participative menée au CSSS Jeanne-Mance**

Rapport de recherche

Équipe de recherche

Jean Dumas, Ph. D., chercheur principal, stagiaire postdoctoral au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, boursier du programme de formation 4P (Promotion, Prévention et Politiques Publiques), Réseau de recherche en santé des populations du Québec.

Line Chamberland, Ph. D., superviseure de stage, professeure, département de sexologie, UQAM, directrice de l'équipe Sexualités et genres : vulnérabilité et résilience (SVR) et titulaire de la Chaire de recherche sur l'homophobie.

Assistant.e.s de recherche

Madeleine Banor, étudiante à la maîtrise en sexologie, UQAM

Éric Feugé, étudiant au doctorat en psychologie, UQAM

Janyck Beaulieu, étudiante au baccalauréat en études féministes, UQAM

**Membres du Comité santé des minorités sexuelles (CSMS) du CSSS
Jeanne-Mance**

Alain Arsenault, organisateur communautaire

Jean Boulanger, infirmier

Sylvain Dufour, psychologue

Nathalie Galland, infirmière

Dominique Harvey, chef de programme

Rédaction

Jean Dumas, Ph. D., chercheur principal, stagiaire postdoctoral

Line Chamberland, Ph. D., superviseure de stage

Olivia Kamgain, M.A., assistante de recherche

Graphisme

Chloé Rondeau

Dépôt légal

Dépôt légal : 3^e trimestre 2016
 Bibliothèque et Archives nationales du Québec
 Bibliothèque et Archives Canada
 ISBN : 978-2-9815430-3-5

Ce rapport est disponible en version numérique sur le site de la Chaire de recherche sur l'homophobie (<http://www.chairehomophobie.uqam.ca>).

© Toute reproduction, totale ou partielle, de ce document est autorisée à condition d'en mentionner la référence. Nous vous suggérons la formule suivante : Dumas, J., Chamberland, L., Kamgain, O. (2016). Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des minorités sexuelles : Résultats et recommandations de la recherche-action participative menée au CSSS Jeanne-Mance. Rapport de recherche, Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal.

Pour toute question, veuillez vous référer à :
 Chaire de recherche sur l'homophobie
 Université du Québec à Montréal
 Case postale 8888, Succursale Centre-ville
 Montréal, Québec
 Canada H3C 3P8
 Téléphone : (514) 987-3000, poste 3752



REMERCIEMENTS

La réalisation de la recherche intitulée *Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des minorités sexuelles au Québec* a été possible grâce au financement, sous forme de bourse postdoctorale, du Programme 4P (Promotion, Prévention et Politiques Publiques) du Réseau de recherche en santé des populations du Québec.

Nous aimerons également remercier tous les partenaires qui l'ont rendue possible :

- Comité santé des minorités sexuelles (CSMS) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance
- Coordination de l'enseignement et de la recherche au CSSS Jeanne-Mance
- Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal
- Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)
- Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Merci à Bill Ryan et Dany Leblond qui ont soutenu l'idée originale de cette recherche. Nos remerciements vont aussi à toutes les personnes et organisations qui ont contribué à sa réalisation de plusieurs manières, telles que les chercheurs du comité consultatif, les partenaires pour la promotion de l'étude et les assistant.e.s de recherche : Madeleine Banor et Éric Feugé pour les analyses qualitatives ainsi que Janyck Beaulieu pour la promotion du questionnaire en ligne.

Nous tenons à remercier particulièrement toutes les personnes LGBTQ qui ont participé au questionnaire en ligne. Leurs commentaires, dont bon nombre sont très détaillés, permettent une compréhension inédite de la complexité des expériences des personnes de minorités sexuelles en matière d'accès et d'utilisation des services sociaux et de santé au Québec.

RÉSUMÉ

Cette recherche-action participative vise à faire un état de la situation au Québec en ce qui concerne l'adéquation des services de santé aux besoins des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (LGBT). La littérature établit que les personnes de minorités sexuelles rencontrent des obstacles particuliers à l'accès aux services de santé. Toutefois, peu d'enquêtes ont été réalisées dans le contexte québécois. Des lacunes demeurent également dans la compréhension des enjeux spécifiques de chaque sous-groupe des minorités sexuelles. Dans le cadre de la présente étude, un questionnaire en ligne a été rempli par des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans qui résident principalement dans la ville de Montréal ainsi que celles résidant dans différentes régions du Québec (n=736). Des entrevues exploratoires ont également été réalisées avec des professionnels du Centre de santé et de services sociaux (CSSS)¹ Jeanne-Mance et des intervenants d'organismes communautaires du territoire afin de recueillir leurs opinions sur l'adaptation des services (n=20). Les résultats de cette recherche montrent que les pratiques du CSSS Jeanne-Mance témoignent d'une longue expérience d'intervention auprès des minorités sexuelles. L'établissement se démarque dans une certaine mesure par rapport à d'autres sources de soins en ce qui concerne le niveau d'adéquation des services de santé aux besoins des personnes LGBT. Les données des questionnaires fournissent un portrait sociodémographique des participant.e.s LGBT pour l'ensemble du Québec ainsi qu'un portrait des habitudes de recours aux soins de santé. Il apparaît que les lesbiennes, les personnes bisexuelles et les personnes trans sont les groupes qui rencontrent le plus d'obstacles dans l'accès aux soins de santé et se disent les moins satisfaits en ce qui concerne l'adéquation des services de santé.

¹ Cet établissement est maintenant rattaché au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
INTRODUCTION	1
SECTION 1 - PROBLÉMATIQUE : LES MINORITÉS SEXUELLES ET LES SERVICES DE SANTÉ	3
1.1 État des lieux sur la santé des minorités sexuelles	3
1.2 Les minorités sexuelles et l'accès aux services de santé.....	5
1.3 L'adaptation des services de santé aux réalités des minorités sexuelles : la situation québécoise.....	7
SECTION 2 - OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	11
SECTION 3 - CADRE CONCEPTUEL.....	12
SECTION 4 – MÉTHODOLOGIE.....	14
4.1 Une recherche-action participative	14
4.2 Le milieu de recherche.....	14
4.3 Méthode mixte de collecte de données	15
4.3.1 Entretiens avec des informateurs clés	16
4.3.2 Questionnaire en ligne auprès des usagers.....	17
SECTION 5 - RÉSULTATS.....	21
5.1 Phase I : entrevues semi-dirigées avec les informateurs-clés	21
5.1.1 Les pratiques spécifiques déjà développées.....	21
5.1.2 Les barrières institutionnelles à l'accès et l'utilisation des services sociaux et de santé	23
5.1.3 Les interactions entre les professionnels et les usagers.....	25
5.2 Phase II : Questionnaire en ligne auprès des minorités sexuelles	29
5.2.1 Portrait sociodémographique des personnes répondantes.....	29
5.2.2 Utilisation et satisfaction à l'égard des points de services du CSSS Jeanne-Mance	36
5.2.3 Utilisation et satisfaction à l'égard des services sociaux et de santé utilisés au cours des deux dernières années — Général	45
5.2.4 Utilisation et satisfaction à l'égard des services sociaux et de santé utilisés au sein d'autres sources de soins	55

5.2.5 Présentation des résultats des données qualitatives du questionnaire	57
5.3 Suggestions pour l'amélioration des services	76
SECTION 6 - DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	80
6.1 Les pratiques spécifiques du CSSS Jeanne-Mance.....	80
6.2 Mesurer l'adéquation des services en fonction des sous-groupes parmi les personnes LGBT	81
6.3 Suggestions pour l'amélioration des services	88
CONCLUSION.....	90
RECOMMANDATIONS ET PISTES D'ACTION POUR LE CSSS JEANNE-MANCE ET L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC	92
ANNEXE 1 MODELE POUR L'ETUDE DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE ANDERSEN, 1995	95
ANNEXE 2 FIGURE 1. STRUCTURAL FRAMEWORK FOR GENDER AND SEXUALLY DIVERSE HEALTH AND WELLBEING INEQUITIES.....	97
ANNEXE 3 MODÈLE DE LA SATISFACTION DES USAGERS DANS LE CADRE DE L'AGRÈMENT.....	98
BIBLIOGRAPHIE.....	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Proportion des personnes de l'entourage au courant de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre	33
Tableau 2a : État de santé général autoévalué	35
Tableau 2b : État de santé mentale autoévalué	35
Tableau 3 : Connaissance et utilisation des points de services du CSSS Jeanne-Mance	36
Tableau 4 : Services du CSSS Jeanne-Mance déjà utilisés par les répondants	38
Tableau 5a : Motifs de la consultation	39
Tableau 5b : Types de professionnels rencontrés	39
Tableau 6 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction CSSS Jeanne-Mance : section 1	41
Tableau 7 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction CSSS Jeanne-Mance : section 2	43
Tableau 8 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction CSSS Jeanne-Mance : section 3	44
Tableau 9 : Services sociaux et de santé utilisés au cours des deux dernières années et nombre de consultations	46
Tableau 10 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction – Général : section 1	50
Tableau 11 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction – Général : section 2	52
Tableau 12 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction – Général : section 3	54
Tableau 13 : Raisons liées à l'évitement des services	58
Tableau 14 : Raisons déterminant l'aisance à discuter de son orientation sexuelle ou de son identité de genre	60
Tableau 15 : Raisons déterminant le malaise à discuter de son orientation sexuelle ou de son identité de genre	63

Tableau 16 : Expériences positives ou satisfaisantes	66
Tableau 17 : Expériences plus difficiles ou mixtes	69
Tableau 18 : Commentaires sur les professionnels ou les services	73
Tableau 19 : Suggestions pour l'amélioration des services	76

INTRODUCTION

L'expression « minorités sexuelles » est un terme parapluie qui fait référence à la diversité des sexualités et des genres, désignant les personnes qui se définissent comme lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles ou transgenres (d'où l'acronyme LGBT, le plus souvent utilisé), mais aussi bispirituelles, intersexes, *queer* ou à l'aide d'autres termes (par exemple, allosexuelles), ou qui ont des relations sexuelles avec des personnes de même sexe sans déclarer d'identité spécifique (Chamberland et coll., 2009).

Ce rapport vise à faire un état de la situation au Québec en ce qui concerne l'adéquation des services de santé aux besoins des personnes de minorités sexuelles. En effet, la littérature établit que les personnes de minorités sexuelles font face à des obstacles particuliers dans l'accès aux services de santé (Mayer et coll., 2008; Tjepkema, 2008). Au Québec, quelques actions ont été mises de l'avant afin d'adapter les services sociaux et de santé aux besoins des personnes LGBT. Le *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016* (Ministère de la Justice, 2011) énonce des mesures relevant du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) dont celle de définir des lignes directrices relatives à l'inclusion des réalités des personnes de minorités sexuelles afin d'assurer la disponibilité de services adaptés (Ministère de la Justice, 2011, p. 11). Il apparaît nécessaire de développer au préalable, une meilleure compréhension des enjeux en matière de santé rencontrés par les différents sous-groupes des minorités sexuelles dans le contexte québécois.

La présente recherche poursuivait ainsi les objectifs suivants : 1) documenter les pratiques spécifiques développées par le CSSS Jeanne-Mance pour mieux répondre aux besoins des personnes LGBT, 2) mesurer l'adéquation des services en fonction des sous-groupes parmi cette population et 3) proposer des recommandations pour

l'amélioration des services. Dans la première phase de la recherche, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des informateurs clés sur les enjeux liés à l'adaptation des services au sein du CSSS Jeanne-Mance. Dans la deuxième phase de la recherche, des données ont été collectées par le biais d'un questionnaire en ligne auprès de personnes LGBT qui résident principalement dans la ville de Montréal ainsi que celles résidant dans différentes régions du Québec (n=736).

Le présent rapport comporte plusieurs sections. La section 1 présente plus en détail la problématique de l'accès aux services de santé pour les minorités sexuelles. La section 2 énumère les objectifs de la recherche. Dans la section 3, nous introduisons le cadre conceptuel de l'étude. La section 4 porte sur la méthodologie utilisée afin de répondre aux questions de recherche. Les résultats de la recherche sont décrits dans la section 5, suivie d'une brève discussion des résultats dans la section 6. Ce rapport se conclut sur une série de recommandations formulées à la lumière des résultats.

SECTION 1 - PROBLÉMATIQUE : LES MINORITÉS SEXUELLES ET LES SERVICES DE SANTÉ

1.1 État des lieux sur la santé des minorités sexuelles

Les grandes enquêtes populationnelles tendent à sous-estimer le nombre de personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres ou transsexuelles. En effet, ces enquêtes n'emploient souvent qu'un seul indicateur, soit le sexe des partenaires ou l'auto-identification, omettant ainsi l'une ou l'autre des trois dimensions qui définissent habituellement l'orientation sexuelle : les comportements sexuels, les attirances et l'auto-identification. De plus, la notion d'identité de genre est absente de la plupart des enquêtes populationnelles, rendant ainsi invisibles les personnes transgenres ou transsexuelles. Au Canada, les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) (Statistique Canada, 2009) indiquent qu'un pourcentage de 1,9 % de la population âgée de 18 à 59 ans s'est déclaré lesbienne, gai ou bisexuel.le. Pour la population québécoise de cette enquête, les chiffres montrent qu'entre 2,0 % et 2,5 % des hommes s'identifiaient comme étant gais et qu'entre 0,9 % et 1,3 % des femmes s'identifiaient comme étant lesbiennes, tandis que les personnes bisexuelles représentaient entre 1,0 % et 1,4 % de la population féminine et entre 0,6 % et 1,1 % de la population masculine (Chamberland et coll., 2012, p. 7). De plus, on rapportait une centaine de changements de sexe dans les registres de l'état civil du Québec entre 1997 et 2006 (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2007). Ce chiffre ne prend toutefois pas en compte les personnes qui n'ont pas entrepris de démarches auprès du Directeur de l'état civil ni des demandes plus récentes ou en cours de traitement. Néanmoins, on peut présumer que ces données représentent une estimation minimale de la proportion de personnes appartenant aux minorités sexuelles dans la population québécoise.

Les recherches antérieures sur la santé des minorités sexuelles se sont majoritairement concentrées sur les répercussions du VIH/sida et des infections transmises

sexuellement et par le sang (ITSS) qui ont durement touché les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (Agence de la santé publique du Canada, 2012; Institut national de la santé publique du Québec, 2012; Julien et Chartrand, 2005). Par conséquent, les problèmes de santé et les maladies chroniques pouvant affecter cette fraction de la population ont souvent été négligés de même que les enjeux spécifiques rencontrés par les autres groupes des minorités sexuelles. Les recherches disponibles ont toutefois constaté des prévalences élevées de plusieurs maladies chroniques au sein de ces populations (Institute of Medicine, 2011; Meyer et Northridge, 2007; Shankle, 2006). Elles révèlent également une prévalence plus élevée de problèmes de santé mentale tels que l'anxiété et la dépression ainsi que les idéations et tentatives suicidaires (Cochran et coll., 2003; Marshal et coll., 2011; Meyer, 2003; Meyer et Northridge, 2007; Mills et coll., 2004; Omoto et Kurtzman, 2006; Paul et coll., 2002; Saewyc et coll., 2007; Suicide Prevention Center, 2008). À cela, peut s'ajouter une consommation d'alcool et de drogues plus élevée (Cochran et coll., 2004; Meyer et Northridge, 2007; Ruf et coll., 2006; Tang et coll., 2004; Trocki et coll., 2005). Ainsi, chez les hommes gais, le tabagisme serait plus présent que dans le reste de la population masculine (Gruskin et coll., 2007). Les lesbiennes seraient plus enclines à rapporter des problèmes de tabagisme et d'alcool, mais aussi de surpoids et de stress que les hétérosexuelles (Strubble et coll., 2010, Gruskin et coll., 2007; Lee et coll., 2009). Au Canada, selon les résultats de l'ESCC (Tjepkema, 2008), les évaluations subjectives de l'état de santé physique des personnes LGBT sont plus négatives que dans le reste de la population. Les personnes LGBT de l'enquête déclarent également des niveaux de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle.

Il apparaît qu'un faible nombre de recherches se sont attardées à une analyse comparative de l'état de santé selon les sous-groupes au sein des minorités sexuelles. Les recherches disponibles suggèrent qu'il existe des disparités en santé au détriment des femmes et des personnes bisexuelles. Les hommes et les femmes bisexuels seraient

plus susceptibles que leurs vis-à-vis hétérosexuels d'évaluer leur état de santé mentale comme passable ou mauvais et à déclarer un plus grand nombre de problèmes de santé chroniques (Tjepkema, 2008). Les couples de lesbiennes, comparés à des couples homosexuels ou hétérosexuels, sont significativement moins enclins à avoir rencontré un intervenant en santé dans les 12 derniers mois ou à avoir une source habituelle de soins de santé (Heck et coll., 2006; Tjepkema, 2008).

1.2 Les minorités sexuelles et l'accès aux services de santé

Les recherches antérieures indiquent que les enjeux de santé rencontrés par les minorités sexuelles sont associés à des lacunes dans l'offre et dans l'accès aux services de santé, pointant ainsi vers la présence d'inégalités sociales en matière de santé. Les difficultés d'origine culturelle, psychosociale ou structurelle auxquelles font face les personnes LGBT dans leur accès aux services de santé sont souvent associées à l'hétérosexisme. L'hétérosexisme est défini comme l'ensemble des discours et des pratiques individuelles ou institutionnelles, construisant une hiérarchie des sexualités qui situe l'hétérosexualité comme la norme la plus acceptable socialement (Chamberland, 2009). Selon Herek, le concept d'hétérosexisme réfère à un système idéologique qui dénie, ignore, dénigre ou stigmatise toutes formes non hétérosexuelles de comportements, d'identités, de relations et de communautés (Herek, 1998).

Plusieurs recherches réalisées aux États-Unis montrent que les minorités sexuelles utilisent moins les services de santé à cause de l'inadéquation des services à leurs besoins (Grant et coll., 2010; Gotbaum, 2008; Institute of Medicine, 2011; Heck et coll., 2006; Schonfield, 2008). Deux rapports de l'Agence de la santé publique du Canada (2011, 2012 b) et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2009) suggèrent que cette situation se retrouve également au Canada malgré le système public de soins de santé. Ce constat est confirmé par une enquête réalisée à l'échelle québécoise qui établit que les répondantes lesbiennes évitent les points de

services qui présument d'emblée de leur hétérosexualité (Mimeault, 2003, p. 15). Une analyse secondaire des données québécoises de l'ESCC indique que les lesbiennes, comparativement aux femmes hétérosexuelles, ont 5 fois moins de chances d'avoir consulté des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois et 2,9 fois moins de chances d'avoir un médecin de famille (Chamberland et coll., 2012). Finalement, selon l'ESCC, le taux de consultation d'un médecin de famille et les chances d'avoir subi un test Pap sont plus faibles chez les lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles.

La littérature fait état de comportements d'hostilité et de discrimination ainsi que d'attitudes homophobes ou transphobes de la part des prestataires de soins à l'endroit des personnes LGBT (Banks, 2003; Daley et coll., 2011; Grant et coll., 2010; Heck et coll., 2006; Schonfield et coll., 2008). En conséquence, les personnes de minorités sexuelles seront moins portées à utiliser les services de santé disponibles ainsi qu'à révéler les informations quant à leur orientation sexuelle ou leur identité de genre aux prestataires de soins de santé. Plusieurs recherches ont montré que les populations LGB déclarent avoir des besoins de soins de santé non satisfaits (Banks, 2003; Brotman et Ryan, 2000; Tjepkema, 2008). Souvent, les comportements sexuels à risques ne sont pas discutés avec les professionnels de la santé (McIntyre et coll., 2011; Eady et coll., 2011). Les personnes bisexuelles sont par ailleurs plus nombreuses à déclarer des besoins de soins de santé insatisfaits que leurs homologues hétérosexuels (Tjepkema, 2008, p.1).

Ces lacunes dans l'adéquation des services sont par ailleurs associées au fait que la qualité et le temps consacré à la formation sur les besoins en santé des minorités sexuelles sont faibles dans le cursus académique des facultés de médecine (Obedin-Maliver et coll., 2011). En effet, les recherches constatent parmi les médecins américains un manque de connaissances à propos de la santé des minorités sexuelles (Barbara et coll., 2007; Gay and Lesbian Medical Association, 2006; Gotbaum, 2008;

Makadan et coll., 2008). De plus, une enquête menée en Colombie-Britannique indique à ce propos que la majorité des médecins participants ont rarement ou jamais accès à du soutien professionnel pour les questions relatives à la santé des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) (Living Positive Resource Center, 2008). La formation et les attitudes des autres intervenants (psychologues, infirmières, bénévoles, etc.) à l'égard des minorités sexuelles n'ont pas fait l'objet de recherches en profondeur, mais les indices suggèrent qu'elles ne présentent pas d'écarts significatifs avec celles des médecins (Gotbaum, 2008).

Ce survol de la littérature permet d'établir la pertinence de la présente recherche. Elle se propose d'une part d'apporter une contribution aux connaissances sur les enjeux particuliers en matière d'accès aux soins de santé pour chacun des sous-groupes des minorités sexuelles. Elle se propose d'autre part de comprendre la manière dont l'interaction entre les usagers et les professionnels de la santé détermine l'accès aux services de santé pour les minorités sexuelles dans le contexte québécois.

1.3 L'adaptation des services de santé aux réalités des minorités sexuelles : la situation québécoise

Depuis les années 1970, le Québec a vu quelques tentatives de mise en place de services publics adaptés aux besoins des personnes LGBT. Cependant, en raison de lacunes dans la coordination et le financement, la mise en œuvre des orientations prévues demeure toujours inégale et inachevée dans les divers secteurs de la santé et des services sociaux. Par exemple, le Centre des Services sociaux Ville-Marie (CSSVM) a fondé le projet *Gay and Lesbian Social Services* qui offrait une panoplie de services aux jeunes, aux couples et aux familles homoparentales. À la suite de coupes budgétaires importantes de 1982, ces initiatives sont devenues la responsabilité des groupes communautaires. Certains Centres locaux de services de santé (CLSC) dans les grands centres urbains ont mis en place des services de dépistage des infections

transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour les hommes gais et bisexuels dès le début des années 1990, mais les femmes et les autres groupes perçus comme moins à risque n'étaient pas ciblés par ces services.

En 1994, le rapport *De l'illégalité à l'égalité*, publié par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), recommandait au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, la mise en place de 17 pistes d'interventions multisectorielles. Celles-ci concernaient principalement l'accès à des services adaptés, la formation et la sensibilisation des intervenants du réseau et la priorisation de la situation des lesbiennes et des jeunes appartenant à une minorité sexuelle ainsi que la problématique du VIH/sida. Par la suite, dans le rapport intitulé *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles* (MSSS, 1997), le Ministère de la Santé et des Services sociaux identifiait quatre axes d'intervention : 1) la lutte à la discrimination, 2) l'adaptation des services, 3) l'amélioration des connaissances et des interventions, et 4) la reconnaissance des communautés LGBT et le soutien à leur contribution sociale. Ces orientations ont donné lieu à certaines actions dans les établissements de la santé et des services sociaux, sans que les axes proposés ne soient intégrés de façon globale. Deux formations spécifiques ont aussi été développées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* et *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles*. En 2011, ces formations avaient déjà été dispensées à plus de 18 000 membres du personnel œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux et à certains professionnels du milieu scolaire.

Plus récemment, avec la publication du rapport intitulé *De l'égalité juridique à l'égalité sociale*, plusieurs recommandations ont été adressées au Ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment celles d'assurer la promotion de services adaptés et ouverts aux réalités des personnes de minorités sexuelles et aux familles homoparentales, afin d'instituer un accueil adéquat à l'intérieur du réseau de la santé

et des services sociaux (CDPDJ, 2007, p. 72). Une autre recommandation soulignait la nécessité de soutenir le développement de projets de recherche visant à mieux cerner les enjeux relatifs à la santé des minorités sexuelles (*ibid*, p. 74).

Dans cette même foulée, le Ministère de la Justice publiait en décembre 2009 la *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*, dont une des orientations stratégiques est de favoriser l'adaptation des services publics aux besoins des clientèles de minorités sexuelles, notamment dans le réseau de la santé et des services sociaux (Ministère de la Justice, 2009, p.32). Adopté en mai 2011 afin de concrétiser la précédente politique, le *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie, 2011-2016* (Ministère de la Justice, 2011) propose plusieurs pistes d'action afin de favoriser l'adaptation des services dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ce sont :

- Définir des lignes directrices relatives à l'inclusion des réalités des personnes de minorités sexuelles, dont les transsexuelles et transgenres, des familles homoparentales et des problématiques émergentes dans les politiques, les programmes et les recherches relevant du réseau de la santé et des services sociaux [...] (action n° 42).
- S'assurer que les services d'accueil, de soins et d'hébergement soient adaptés aux réalités des personnes de minorités sexuelles, notamment des jeunes, des aînés, des diverses communautés et des familles homoparentales (action n° 44).

Pour sa part, le CSSS Jeanne-Mance, dans son *Plan d'action local en santé publique 2010-2015* (p. 46), se donne comme objectif d'adapter des activités de prévention et de promotion pour des groupes pouvant connaître des risques plus élevés en matière de santé par plusieurs moyens :

- Documenter les enjeux particuliers et les stratégies de prévention et promotion de la santé à soutenir et/ou à développer pour des groupes de populations pouvant être à risque plus élevé (notamment les femmes, les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles et allosexuelles, les personnes immigrantes) en fonction des ressources disponibles;
- Soutenir et poursuivre les travaux du comité « Condition homosexuelle et bisexuelle » du CSSS Jeanne-Mance dont le mandat est de sensibiliser et former le personnel à la réalité homosexuelle et de faire la promotion de pratiques respectueuses et adaptées aux réalités de différentes communautés.

Au moment de sa conception, la présente recherche se voulait une contribution à l'atteinte des objectifs à long terme formulés à la fois dans le *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie, 2011-2016* et dans le *Plan d'action local en santé publique 2010-2015* du CSSS Jeanne-Mance. Notons que le plan d'action gouvernemental a été prolongé jusqu'en mai 2017 et sera vraisemblablement suivi d'un nouveau plan d'action pour la période 2017-2022. Par ailleurs, avec la fusion des CSSS, les plans d'action locaux conçus à l'échelle de chaque CSSS cèdent la place à des plans d'action régionaux.

SECTION 2 - OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La présente recherche poursuit les trois objectifs suivants : a) documenter les pratiques spécifiques développées par le CSSS Jeanne-Mance pour mieux répondre aux besoins des personnes LGBT; b) mesurer l'adéquation perçue des services offerts avec les besoins spécifiques de ces populations, et c) formuler des recommandations pour améliorer les services et la formation du personnel.

SECTION 3 - CADRE CONCEPTUEL

Plusieurs approches qui réfèrent à des concepts clés en santé publique et dans plusieurs disciplines des sciences sociales ont été retenues pour cette recherche. Elles ont été choisies en fonction de leur pertinence reconnue dans la littérature au sujet de l'adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins de groupes sociaux identifiés comme vulnérables et marginalisés.

La première approche dont nous nous sommes inspirés est fondée sur les déterminants de l'usage des services de santé mesurés dans les enquêtes populationnelles au Canada et dans plusieurs autres pays. Le modèle comportemental pour l'utilisation des soins de santé (Anderson, 1995; voir l'explication des composantes du modèle à l'annexe 1) est celui utilisé par Statistique Canada (Tjepkema, 2008). Il suggère que l'utilisation des soins de santé est expliquée en fonction de quatre dimensions, soit l'environnement, les caractéristiques populationnelles, les comportements de santé et les résultats perçus ou réels une fois les services utilisés (amélioration de la santé et satisfaction par rapport aux services utilisés). L'utilisation des services et la décision de chercher à obtenir des soins seraient influencées par des facteurs prédisposants, tels que l'âge, le sexe et les convictions concernant la santé, ainsi que par des facteurs facilitants, tels que le revenu, le niveau de scolarité et la disponibilité des services, et finalement par des facteurs de besoins, tels que l'état de santé et l'existence de problèmes de santé chroniques.

Une seconde approche s'élabore autour des déterminants sociaux de la santé, des inégalités sociales de santé et de l'équité en matière de santé. Mulé et coll. (2009) propose un cadre structurel pour l'exploration des formes d'inégalités sociales en matière de santé auxquelles peuvent faire face les minorités sexuelles, incluant les facteurs individuels et sociaux qui peuvent ultimement nuire à l'accès aux services sociaux et de santé (voir l'annexe 2). Ce cadre est utile pour la présente recherche qui

souhaite explorer la manière dont certains facteurs, comme les attirances, les comportements sexuels et l'orientation sexuelle autodéfinie de même que l'identité de genre, peuvent constituer des déterminants importants à considérer dans l'accessibilité aux services sociaux et de santé.

Une dernière approche sert de référence pour le cadre conceptuel de cette étude afin d'explorer les relations entre les intervenants en santé et leurs clientèles provenant de minorités sexuelles, dimension encore peu étudiée dans le contexte québécois. L'approche Calgary-Cambridge, centrée sur le patient et la dialogique de la communication professionnelle en santé, identifie des techniques de communication (p. ex. choisir des questions ouvertes, clarifier, reformuler, refléter, résumer) en lien avec les dimensions du contenu et de la relation dans l'interaction entre les usagers et les intervenants. Cette approche identifie les six étapes de la consultation, du début à la fin de l'entrevue. Nous retenons particulièrement les deux premières étapes. La première étape est l'établissement du premier contact ou l'accueil (p. ex. salutations, précision des rôles, respect et intérêts, confort du patient). La deuxième étape, l'une des plus importantes, est celle de la construction de la relation. L'approche suggère des techniques pour l'établissement d'une relation chaleureuse et harmonieuse (p. ex. absence de jugement, empathie, soutien, délicatesse) et l'association du patient à la démarche clinique (p. ex. réflexions cliniques partagées, explication du déroulement d'un traitement (Richard et Lussier, 2005).

SECTION 4 – MÉTHODOLOGIE

4.1 Une recherche-action participative

La présente étude est une recherche-action participative, telle que définie par Gélinau et coll. (2009, p. 36). La problématique, les objectifs et la méthodologie de la recherche ont fait l'objet de discussions entre le Comité santé des minorités sexuelles (CSMS) du CSSS Jeanne-Mance et le chercheur depuis sa phase initiale. De plus, la présence du chercheur principal pendant les réunions mensuelles de ce comité a favorisé une appropriation collective du processus de la recherche, notamment aux étapes de mise au point des outils de collecte de données, de l'analyse et de l'interprétation des résultats. En fournissant fréquemment de la littérature aux membres du comité (p. ex. articles scientifiques, rapports, guides, affiches et dépliants d'information), le chercheur a également contribué à la planification de plusieurs activités de sensibilisation et de formation du personnel du CSSS Jeanne-Mance sur des thèmes tels que les besoins spécifiques en matière de santé des personnes transgenres, le suicide parmi les personnes LGBT et l'homoparentalité.

4.2 Le milieu de recherche

Le CSSS Jeanne-Mance, situé dans la partie Centre-Sud de l'Île de Montréal, est né du regroupement, en 2004, du CLSC des Faubourgs, du CLSC du Plateau Mont-Royal, du CLSC Saint-Louis-du-Parc et de plusieurs centres d'hébergement (Jacques-Viger, du Centre-Ville-de-Montréal, Manoir-de-l'Âge-d'Or, Émilie-Gamelin, Armand-Lavergne, Ernest-Routhier, Jean-de-Lalande, Bruchésie). Il dessert une population évaluée à environ 140 000 personnes. Le CSSS compte une grande variété d'intervenants (777 employés au sein des CLSC et 3 000 pour l'ensemble des sites et

des services) : personnel-cadre, intervenants de première ligne, spécialistes, travailleurs sociaux ainsi que du personnel de bureau et des commis affectés à l'accueil de la clientèle.

Le choix de ce CSSS s'explique par le fait que le territoire desservi par l'établissement inclut un quadrilatère délimitant le Village gai de Montréal dans lequel on retrouve presque tous les établissements commerciaux ainsi que la très grande majorité des organismes communautaires s'adressant à la communauté LGBT. De plus, ce quartier abrite une très forte concentration de personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles ou transgenres. Étant donné le contact privilégié du personnel du CSSS Jeanne-Mance avec ces populations, on pourrait raisonnablement supposer qu'il s'agit d'un des rares endroits au Québec où des pratiques adaptées aux besoins spécifiques de ces populations ont été développées.

4.3 Méthode mixte de collecte de données

Pour atteindre les objectifs proposés, une méthodologie mixte de collecte de données qualitatives et quantitatives a été retenue. Ce type de méthodologie consiste dans la collecte et l'analyse de données à la fois quantitatives et qualitatives à l'intérieur d'une même étude, en recueillant les deux types de données de manière concurrente ou séquentielle, tout en donnant priorité aux données empiriques et en procédant à l'intégration de ces données en une ou plusieurs étapes au cours du processus de recherche (Creswell et Plano Clark, 2011, p. 212). Aussi appelée triangulation des méthodes, cette approche permet de développer une compréhension plus exhaustive d'un phénomène et de comparer des niveaux multiples à l'intérieur d'un système. Ainsi, la présente recherche a donc fait appel à des entretiens avec des informateurs-clés dans le réseau de la santé et dans le réseau communautaire ainsi qu'à un questionnaire en ligne auprès des usagers LGBT des services de santé au Québec.

4.3.1 Entretiens avec des informateurs clés

Au total, 20 personnes ont été invitées à s'exprimer sur les thèmes de la recherche entre janvier et juin 2012 lors de rencontres d'une durée de 60 à 90 minutes (entretiens individuels semi-dirigés et groupes de discussion; voir la grille de discussion à l'annexe 5). Les participants ont été recrutés à partir d'un premier contact téléphonique suivi d'un courriel et d'une lettre d'invitation.

Dans un premier temps, des entretiens exploratoires avec des informateurs clés ont été réalisés afin de saisir les opinions au sujet de l'adéquation des services sociaux et de santé aux besoins des minorités sexuelles. Une série de six entrevues individuelles a d'abord été menée avec des professionnels du CSSS Jeanne-Mance travaillant dans différents secteurs : santé mentale (psychologie), lutte aux ITSS (soins infirmiers, travail social, sexologie et direction des services) et organisation communautaire. Un premier entretien de groupe a été réalisé par la suite avec trois intervenants œuvrant auprès des jeunes en difficulté (travail social et médecine). Le nombre limité de personnes rencontrées n'a pas permis une saturation du contenu à propos de l'opinion de l'ensemble des catégories de professionnels.

Dans un deuxième temps, quatre entrevues ont eu lieu avec des intervenants d'organismes communautaires, lesquels sont souvent amenés à collaborer avec le CSSS Jeanne-Mance et à intervenir directement auprès des personnes LGBT. Les intervenants rencontrés travaillent au sein d'organisations offrant des services à plusieurs sous-groupes parmi les minorités sexuelles : les HARSAH, les lesbiennes, les personnes transgenres et les jeunes des minorités sexuelles.

Finalement, un second entretien de groupe a été réalisé avec sept membres du Comité santé des minorités sexuelles (CSMS). Dans la perspective de la recherche-action participative, l'objectif de cette rencontre était également d'amorcer une discussion sur l'analyse des entretiens réalisés auprès des informateurs-clés. Ce processus a

permis d'assurer une première validation des données. Après la transcription de l'ensemble des entretiens, les données narratives ont été codifiées à l'aide du logiciel NVivo et une analyse de contenu thématique (Paillé et Mucchielli, 2003) a été réalisée.

4.3.2 Questionnaire en ligne auprès des usagers

Une enquête en ligne comprenant des questions fermées et ouvertes a été rendue disponible aux personnes LGBT dans la période comprise entre octobre 2012 et novembre 2013. 845 personnes ont entamé le questionnaire disponible en ligne. Lors du nettoyage de la base de données SPSS à la fin de la période de collecte de données, nous avons décidé de conserver seulement les questionnaires complétés dans une proportion de 50 % ou plus et comportant moins de 10 réponses manquantes. L'échantillon final comprend 736 questionnaires. Parmi les questionnaires conservés, 87,1 % des répondants se sont rendus jusqu'à la fin et 89,9 % ne comprennent aucune réponse manquante.

Outil de collecte de données

Le questionnaire utilisé en vue de la collecte de données est une version adaptée du questionnaire destiné aux usagers des CSSS au Québec dans le cadre du processus d'agrément (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2005). La démarche d'assurance de la qualité des services sociaux et de santé, ou l'agrément, propose une série d'indicateurs sous forme d'énoncés utilisés dans les questionnaires auprès des usagers afin de mesurer notamment la qualité et la satisfaction à l'égard des services suivant trois secteurs spécifiques : a) le secteur relationnel, soit les attentes associées au respect, à la confidentialité et à l'empathie, b) le secteur professionnel qui concerne la prestation des services en fonction des critères de fiabilité, responsabilisation, apaisement et solidarisation, et c) le secteur organisationnel, qui touche l'organisation des services en fonction des visées de

simplicité, continuité, accessibilité, rapidité et confort. Pour les besoins de cette étude, nous avons ajouté à ce questionnaire des énoncés permettant de documenter la réalité spécifique des personnes LGBT en nous inspirant des dimensions mesurées dans d'autres enquêtes et consultations publiques (Burgess et coll., 2007; Gay and Lesbian Medical Association, 2006; Grant et coll., 2010; Living Positive Resource Centre, 2008; Mimeault, 2003; Saewyc et coll., 2007; Scanlon et coll., 2007; Schonfield, 2008; Shankle et coll., 2006). Les énoncés du questionnaire ainsi adapté ont été prétestés pour en assurer l'intelligibilité, la validité et la fiabilité avant sa mise en ligne.

Les principales questions portent sur :

- 1) L'établissement du profil sociodémographique des répondants (âge, sexe, attirance, comportements et orientation sexuelle déclarée, identité de genre, niveau de scolarité, revenu, origine culturelle, etc.);
- 2) L'état de santé autoévalué et les maladies chroniques diagnostiquées par un professionnel de la santé;
- 3) L'accès à un médecin de famille;
- 4) Le recours à des traitements parallèles ou à des soins dans le secteur privé;
- 5) Les types de services sociaux et de santé utilisés au cours des deux dernières années et les catégories de professionnels rencontrés;
- 6) L'analyse des motifs liés au non-recours aux services en raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre par le passé et l'explication de cet évitement;
- 7) Le dévoilement, ou non, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre aux prestataires de soins de santé;
- 8) L'importance perçue par l'utilisateur de discuter de ces dimensions avec les prestataires et les circonstances où ces discussions s'avèrent importantes;
- 9) Le niveau d'aisance ressenti par l'utilisateur pour discuter de ces dimensions;

- 10) Les niveaux de satisfaction chez l'utilisateur quant aux services et l'interaction avec les professionnels à partir d'une échelle comprenant 22 énoncés (alpha de Chronback $\alpha=0,84$);
- 11) Les suggestions pour l'amélioration des services et de la formation du personnel.

Recrutement des personnes participantes

Un peu plus de 80 organismes communautaires au Québec offrant des services aux personnes LGBT ont été sollicités par courriel afin de faire connaître la recherche auprès de leurs membres et dans leurs réseaux respectifs. Une assistante de recherche a régulièrement affiché un message d'invitation à remplir le questionnaire sur les pages Facebook de plusieurs dizaines d'organismes. Des affiches et des cartes d'invitation avec l'adresse Internet ont été placées dans des lieux stratégiques du Village gai de Montréal (Centre communautaire des gais et lesbiennes de Montréal, bars, restaurants, saunas, cafés, boutiques) de même que dans des institutions d'enseignement (cégeps et universités). Un article a aussi été publié dans la revue *Fugues* au mois de février 2013 pour faire connaître la recherche et diffuser le lien pour accéder au questionnaire en ligne. Un intervenant du CSSS Jeanne-Mance a distribué des cartes lors de la rencontre d'utilisateurs pour le dépistage des ITSS dans les locaux du projet SPOT et dans les saunas. Des affiches ont été placées dans quelques salles d'attente des points de services de l'établissement. Des intervenants de plusieurs organismes tels que RÉZO Santé et mieux-être des hommes gais et bisexuels, Action santé travesti(e)s transsexuel(le)s et du Québec (ASST.e.Q), l'Association des retraités de la communauté (ARC) et le Centre de solidarité lesbienne ont également distribué des cartes à leurs membres et usagers.

Analyse des données

Les données recueillies par le biais du questionnaire ont fait l'objet d'un traitement statistique à l'aide du logiciel SPSS (statistiques descriptives telles que proportions, tableaux croisés — Chi 2 de Pearson, tests de comparaisons de moyennes — Test T de Student). À la lumière de la revue de la littérature, notamment des enjeux spécifiques identifiées pour chaque sous-groupe, les hommes et les femmes selon l'orientation sexuelle et les personnes trans sont les sous-groupes ayant fait l'objet de l'analyse. Les réponses ouvertes du questionnaire ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique à l'aide du logiciel NVivo réalisée conjointement par le chercheur et deux assistant.e.s de recherche, ce qui a permis d'assurer un accord interjuges pour la codification.

SECTION 5 - RÉSULTATS

Dans cette section, nous allons présenter, dans un premier temps, les résultats des entretiens réalisés auprès des informateurs-clés du réseau de la santé du CSSS Jeanne-Mance et du réseau communautaire. Dans un deuxième temps, nous présenterons les résultats des questionnaires complétés en ligne par les usagers LGBT.

5.1 Phase I : entrevues semi-dirigées avec les informateurs-clés

L'analyse de contenu des entretiens individuels et des groupes de discussion a permis d'identifier quatre grandes catégories thématiques : 1) les pratiques spécifiques déjà développées pour mieux répondre aux besoins des personnes LGBT, 2) les barrières institutionnelles dans l'accès et l'utilisation des services sociaux et de santé pour les minorités sexuelles et l'ensemble des usagers, 3) les interactions entre les professionnels et les usagers, et 4) les enjeux liés à l'implantation de programmes ou de services spécialisés pour les populations vulnérables.

5.1.1 Les pratiques spécifiques déjà développées

Dans cette recherche, l'expression « pratiques spécifiques » désigne un ensemble d'actions mises en œuvre pour que les services sociaux et de santé offerts par le CSSS Jeanne-Mance répondent mieux aux besoins des personnes LGBT.

La première pratique spécifique identifiée par les répondants est la création du Comité santé des minorités sexuelles (CSMS) au sein du CSSS Jeanne-Mance en 2005. D'abord appelé le Comité santé gaie, le mandat de ce comité est de sensibiliser et former le personnel à la réalité homosexuelle et de faire la promotion de pratiques respectueuses et adaptées aux réalités des personnes LGBT. Le Comité a été reconnu officiellement par le CSSS Jeanne-Mance dans son *Plan d'action local en santé*

publique 2010-2015. Cette reconnaissance permet notamment de dégager du temps pour les intervenant.e.s afin d'assurer leur participation aux rencontres mensuelles et d'offrir le soutien nécessaire à la réalisation des objectifs de ce comité.

L'organisation de formations ponctuelles à l'intention du personnel du CSSS Jeanne-Mance par le CSMS depuis sa création est également identifiée comme une seconde pratique spécifique. L'une de ces formations constitue une formule abrégée de la formation offerte par l'INSPQ : *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité*. Une autre formation a été offerte en collaboration avec l'organisme Action santé travesti(e)s et transsexuel(le)s du Québec (ASTT[e] Q) en mai 2012 sur les enjeux rencontrés par les personnes trans en ce qui concerne l'accès aux services de santé, notamment pour les services en hormonothérapie, les interventions chirurgicales et les autres soins entrant dans le processus de transition. On recense également une conférence sur le suicide parmi les personnes LGBT² présentée par la Chaire de recherche sur l'homophobie en février 2013 et une formation sur l'homoparentalité tenue en mai de la même année.

Finalement, le travail de proximité, notamment dans les actions de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), constitue une troisième pratique spécifique identifiée au cours des entretiens. Dans le cadre de cette stratégie, des infirmiers du CSSS sont régulièrement présents dans les lieux de socialisation fréquentés par la communauté LGBT et dans les locaux de plusieurs organismes communautaires pour offrir des services de dépistage et de vaccination à des groupes difficiles à rejoindre par le réseau conventionnel de soins³. Un partenariat a par exemple été établi avec les propriétaires de saunas pour soutenir le développement, l'implantation et le suivi d'une *Charte OK*, par laquelle ces derniers s'engagent à

² À ce sujet, voir l'article de Chamberland et Bédard (2013).

³ En raison des coupes budgétaires, cette présence en dehors du CSSS n'est plus assurée et on observe un processus de centralisation des services en un seul point de services, ce qui est considéré par les uns comme un recul, par les autres comme un pas dans la bonne direction.

soutenir des actions de prévention des ITSS au sein de leurs établissements. Une équipe de professionnels du CSSS Jeanne-Mance offre également des groupes de soutien aux personnes atteintes du VIH ou de l'hépatite C.

5.1.2 Les barrières institutionnelles à l'accès et l'utilisation des services sociaux et de santé

Les personnes transgenres ou transsexuelles, les lesbiennes et les personnes bisexuelles sont identifiées par les répondants comme les sous-groupes pour lesquels des lacunes persistent en ce qui concerne l'adéquation des services de santé.

Selon les répondants, contrairement à d'autres minorités sexuelles que les programmes existants du CSSS peuvent réussir à rejoindre, les personnes trans ont des besoins particuliers pour lesquels il serait envisageable de créer des programmes spécifiques et y dédier une équipe de professionnels.

Dans le cas des [clientèles] trans, il faut se préparer effectivement à songer à un sous-programme spécifique, car, dans leur cas, ça ne concerne pas tous les services et tous les programmes et tous les intervenants. Dans le cas des lesbiennes, des homosexuels et des bisexuels, on les retrouve dans tous les programmes. (Intervenant en travail social)

S'il y a des besoins plus spécifiques comme pour les personnes trans, il peut y avoir une petite équipe, ce qui peut être très supportant aussi. (Intervenante en santé mentale)

En ce qui concerne les lesbiennes, l'enjeu mentionné est leur invisibilité en tant que groupe de clientèle dans le système de santé. De plus, il y a une méconnaissance, de la part des professionnels de santé, au sujet des besoins en matière de santé de ces dernières, notamment en ce qui concerne les ITSS.

On a aussi des femmes qui ont eu des enfants avec un conjoint, mais qui se sont séparées et qui vivent avec une autre femme. (Intervenante en travail social)

Un des gros problèmes qu'on a avec la santé des lesbiennes, c'est qu'elles sont invisibles. (Intervenante communautaire)

Au sujet du risque de transmission de la chlamydia entre femmes, cette ITSS non dépistée à l'âge de 20 ans peut mener à l'infertilité au moment de vouloir des enfants. (Intervenante communautaire)

Enfin, des répondants soulignent la nécessité de démystifier la bisexualité et de sensibiliser davantage le personnel de santé au fait que les personnes bisexuelles peuvent vivre des expériences particulières telles que le manque de soutien social et communautaire et la non-reconnaissance de leur orientation sexuelle, autant de la part des personnes hétérosexuelles que des personnes de minorités sexuelles.

Il y a encore ce préjugé de la bisexualité comme une phase transitoire où les personnes bisexuelles sont considérées soit comme homosexuelles ou comme hétérosexuelles. Il semble y avoir quelque chose qui est intolérable. Est-ce le fait d'avoir des attirances pour les deux sexes ou est-ce le fait d'avoir des relations amoureuses avec deux personnes? Peut-être que la bisexualité est encore associée à l'infidélité ou à une vie instable. (Intervenante en santé mentale)

D'autres barrières institutionnelles relevant du système de santé et pouvant nuire à l'accès et à l'utilisation des services sociaux et de santé par les personnes LGBT sont également mentionnées par les professionnels du CSSS Jeanne-Mance rencontrés, mais surtout par les intervenants communautaires. L'un des principaux problèmes identifiés concerne la continuité des services, par exemple pour la prise en charge des personnes à la suite d'un dépistage des ITSS (VIH et hépatite C). De façon spécifique, le roulement du personnel, le manque de services, particulièrement en santé mentale, et l'instauration de nouvelles structures d'accès sont des défis identifiés dans la continuité des services vers le réseau de la santé.

En termes de services directs à la population, il arrive que des collaborations se mettent en place, des liaisons. Mais les personnes à un moment donné ne sont plus en place. Cette espèce de lien personnalisé qui a son impact au niveau de la référence et de la liaison... Alors quand cela disparaît, c'est à refaire, à reconstruire. (Intervenant communautaire)

Et en santé mentale, je trouve que nous sommes devant un vide : où référer? [...] Des besoins, il y en a beaucoup. Moi, c'est surtout les hommes qui me concernent, je trouve, particulièrement en santé mentale : abus sexuels, la violence dans les couples. Maintenant, c'est vrai que pour les références, ce n'est pas évident [avec l'instauration des guichets d'accès qui servent à déterminer le niveau de soins requis avant de référer aux services jugés adéquats]. (Intervenant communautaire)

5.1.3 Les interactions entre les professionnels et les usagers

Les interactions entre les professionnels et les usagers constituent une dimension importante à considérer dans l'adaptation des services aux besoins des personnes LGBT selon les propos des répondants. Des améliorations seraient nécessaires en ce qui a trait au premier contact avec les usagers, afin d'assurer un accueil adéquat, l'identification des besoins et le développement d'un lien de confiance, comme l'illustrent les extraits suivants.

Au niveau de l'accueil des personnes qui sont davantage stigmatisées, je ne suis pas certain que les personnes qui sont à l'accueil soient bien préparées à accueillir ces clientèles-là. (Intervenant en santé mentale)

Je pense qu'on doit accueillir tout le monde de la même manière comme ceux qui font partie d'une minorité ou une marginalité, avec le même accueil respectueux, ouvert et partir des besoins des gens. (Intervenant en travail social)

Moi, je suis plus pour offrir des services peu importe ton statut, que tu sois bien accueilli. À partir du moment où tu exprimes un besoin qui est spécifique [...]. C'est là que le service devient adapté ou plus spécialisé. (Intervenant en travail social)

Une répondante dénonce des lacunes parmi les professionnels de la santé en ce qui concerne les techniques de la communication professionnelle en santé. Selon cette dernière, il s'agit d'une dimension incontournable pour le développement d'un lien de confiance avec les usagers.

Le lien de confiance, tu l'as à la première visite, ça dépend comment tu communique avec ton patient, point à la ligne. Je trouve qu'il y a un manque flagrant de techniques de communication. Lors de formations sur les ITSS, on fait des jeux de rôles [et les questions posées par certains intervenants], ça a l'air d'un interrogatoire de police. On donne des trucs : [poser une question ouverte comme] comment vis-tu ta sexualité? Juste ça! Tu vas en avoir de l'information! Si la personne ne veut pas en parler, tu ne peux pas la forcer à en parler. Peut-être la prochaine fois. (Intervenante en médecine)

En plus des techniques de communication appropriées, l'aisance à discuter de la sexualité avec les personnes rencontrées est un autre élément essentiel qui serait à améliorer du côté des professionnels de la santé selon une autre répondante. Cette exigence serait d'autant plus forte dans certains domaines comme la prévention des ITSS, étant donné que le CSSS Jeanne-Mance accueille bon nombre de personnes LGBT.

Que ce soit avec un hétéro, peu importe l'orientation sexuelle, il y a une bonne proportion des professionnels de la santé qui ne sont pas à l'aise de parler de sexualité avec leurs patients. C'est peut-être plus facile pour la toxicomanie, car pour les habitudes de vie, on l'enseigne aux étudiants. [...] C'est moins confrontant la toxicomanie que la sexualité. (Intervenante en médecine)

Lorsque tu viens travailler à l'équipe ITSS, à la fois au niveau personnel et professionnel, tu dois être à l'aise d'accueillir ce genre de clientèle et de parler de toutes sortes d'aspects de la sexualité, dont les pratiques sexuelles [dont certaines sont plus marginales]. (Intervenante en sexologie)

La façon d'entamer la discussion autour de l'orientation sexuelle avec les usagers des services de santé a également été mentionnée.

La question de l'orientation sexuelle n'est pas une de mes premières questions. La personne va me le dire au fur et à mesure de l'entrevue. Ce n'est même pas quelque chose que je me pose. Quand j'accueille ces personnes, c'est la personne dans son individualité, peu importe son orientation. (Intervenante en sexologie)

Un répondant est d'avis que l'interaction entre professionnel et usager peut également être plus difficile en raison des préconceptions que pourraient entretenir les personnes LGBT au sujet des professionnels de la santé.

Les préjugés peuvent être des deux côtés du comptoir : il est aussi possible que les gens qui viennent aient des préjugés par rapport aux personnes qui sont de l'autre côté : je ne crois pas que ça va dans un seul sens. (Intervenant en psychoéducation)

5.1.4 Recommandations liées à l'implantation de programmes ou de services spécialisés pour les populations vulnérables

L'adaptation des services sociaux et de santé peut se traduire par la mise en place de programmes ou de services s'adressant spécifiquement aux minorités sexuelles. Il ressort des entretiens que cette formule ne fait pas consensus parmi les répondants quant aux impacts négatifs et aux bénéfices qu'elle présente. Parmi les impacts négatifs, on mentionne notamment la stigmatisation et la ghettoïsation qui découleraient du fait de rendre plus visible une clientèle en la regroupant au même endroit. Les répondants relèvent aussi le risque de déresponsabilisation des autres points de services et des intervenants du réseau de la santé qui préféreront alors diriger ces personnes vers les services du CSSS Jeanne-Mance plutôt que de développer à leur tour des services adéquats.

À partir du moment où tu offres des services ultra spécialisés à certains groupes de la population, d'une certaine façon, tu essaies de les aider, mais tu les stigmatises également. [...] On a eu ce problème aussi avec un autre site du CSSS qu'on appelle la clinique du Village. (Intervenante en travail social)

À l'équipe Itinérance, on se questionne tous sur nos propres services. Je pense que je suis assez en accord que lorsqu'on crée un service qui est très spécifique, il y a un risque de ghettoïsation et cela déresponsabilise les autres services et les intervenants par rapport à cette clientèle-là et ça, je trouve que c'est extrêmement triste. (Intervenante en soins infirmiers)

À l'opposé, certains répondants mentionnent les bénéfices associés à un programme spécifique qui s'illustrent en termes de développement d'une expertise, de ressources adéquates et d'une culture de travail en multidisciplinarité.

Il y a une partie de moi qui pense qu'il y a toujours une certaine connaissance qui vient aussi avec un programme spécifique. Souvent il y a un budget, il y a des services multidisciplinaires et je pense qu'il peut y avoir une perte aussi quand même de ne pas pouvoir offrir ça. (Intervenante en santé mentale)

Conclusion

Les entretiens semi-dirigés réalisés auprès des professionnels du CSSS Jeanne-Mance et des intervenants communautaires ont permis de répondre au premier objectif de cette recherche qui visait à mettre en évidence les pratiques développées au sein de l'établissement pour répondre aux besoins des personnes LGBT. Les pratiques identifiées sont notamment la mise sur pied du Comité santé des minorités sexuelles (CSMS) ainsi que le travail de proximité auprès des clientèles cibles. Il apparaît toutefois que les personnes trans, les lesbiennes et les personnes bisexuelles sont les sous-groupes pour lesquels des lacunes demeurent en ce qui a trait à l'adaptation des services de santé. De plus, selon les répondants, des améliorations doivent être réalisées sur le plan de l'interaction avec les professionnels de la santé, dans l'accueil

ou le premier contact avec le point de services ainsi que dans l'aisance à parler de sexualité et à aborder la question de l'orientation sexuelle dans la dispensation des soins.

5.2 Phase II : Questionnaire en ligne auprès des minorités sexuelles

Dans cette partie, nous présentons les résultats provenant des questionnaires en ligne. Dans un premier temps, nous traçons le portrait sociodémographique de l'ensemble des répondants. Dans un second temps, nous décrivons les résultats concernant l'utilisation et la satisfaction à l'égard des services du CSSS Jeanne-Mance pour les répondants de la région de Montréal (n=477), puis les résultats pour l'ensemble des répondants (n=736) qui concernent les autres points de services du Québec à l'exception du CSSS Jeanne-Mance. Finalement, nous rapportons les résultats des données qualitatives des questionnaires.

5.2.1 Portrait sociodémographique des personnes répondantes

Cette section présente un portrait sociodémographique des répondants de l'ensemble de l'échantillon (n=736).

Âge et lieu de résidence

La moyenne d'âge pour l'ensemble de l'échantillon est de 36 ans (médiane : 32 ans; écart-type : 13,71 ans). Sur l'ensemble, 477 répondants résident dans la région de Montréal et le reste dans d'autres régions du Québec.

Sexe et identité de genre

L'échantillon est composé d'hommes et de femmes à parts à peu près égales (hommes : 49,7 %; femmes : 50,3 %). 8,7 % de l'ensemble des répondants s'identifient comme trans (transgenres, transsexuelles, travesties ou ayant un passé de personne trans) et 1,9 % de personnes intersexuées, c'est-à-dire dont le sexe ou les organes génitaux à la naissance présentaient une ambiguïté.

Profil des personnes transgenres

Une section du questionnaire était réservée exclusivement aux personnes trans (n=64). Une proportion de 59,1 % a indiqué que le sexe qui leur a été assigné à la naissance était masculin et 40,9 %, féminin. Lorsqu'interrogées sur leur identité principale aujourd'hui, 19,7 % de ces personnes ont indiqué masculine/homme, 42,4 % féminine/femme, 16,7 % une partie du temps en tant qu'un genre et une autre partie du temps dans l'autre genre et 21,2 % un autre genre.

Une proportion de 51,5 % des personnes trans a indiqué avoir déjà suivi des traitements hormonaux et une proportion similaire indique avoir subi des interventions chirurgicales en rapport avec leur transition. Le temps moyen écoulé depuis le début du processus de transition médicale est de 3,9 ans (minimum 1 mois, maximum 16 ans) et de 5, 2 ans pour le début du processus de transition sociale (minimum 1 mois, maximum 45 ans).

Attirances, comportements et orientation sexuelle autodéfinie

En ce qui concerne les attirances sexuelles, un tiers de l'échantillon global affirme être attiré exclusivement par les hommes, un participant sur cinq exclusivement par les femmes ou surtout par les femmes (respectivement 20,5 % et 20,1 %). Une proportion

de 14,3 % est attirée autant par les femmes que les hommes et environ un participant sur dix surtout par les hommes (10,7 %). Il est à noter qu'une très faible proportion indique ne pas avoir d'attirances sexuelles.

Près de la moitié de l'échantillon global (49,1 %) indique des comportements sexuels uniquement ou surtout avec des hommes et près de quatre répondants sur dix (38,9 %) ont des comportements sexuels exclusivement ou surtout avec des femmes. Une proportion de 8,6 % indique des comportements sexuels autant avec les hommes qu'avec les femmes. Une faible proportion n'a pas de comportements sexuels au moment de l'enquête (3,4 %).

Les différences statistiquement significatives sont importantes entre les sous-groupes. La majorité des femmes ont des comportements sexuels exclusivement ou surtout avec des femmes (67,4 %) et les hommes ont des comportements sexuels exclusivement ou surtout avec des hommes dans une proportion de 82,4 %. Pris séparément, les répondant.e.s trans, lorsque comparées aux répondant.e.s non trans, rapportent dans une moindre proportion des comportements sexuels exclusivement avec des hommes (14,1 % vs 41,5 %) et dans une plus forte proportion des comportements sexuels surtout avec les femmes (21,2 % vs 9,4 %).

En ce qui concerne l'orientation sexuelle autodéfinie, un peu plus du quart des répondants se considèrent soit d'orientation homosexuelle ou lesbienne (respectivement 28,8 % et 25,8 %). Une proportion de 14,9 % se considère d'orientation bisexuelle, 14 % gaie et 8,4 % *Queer*. De faibles proportions se considèrent d'autres orientations. Près du deux tiers des femmes se considèrent homosexuelles ou lesbiennes (65,8 %) et près du trois quarts des hommes homosexuels ou gais (73,2 %). Lorsque comparées aux personnes non trans, les personnes trans sont

moins nombreuses à se considérer homosexuelles (3,1 % vs 31,3 %) et plus nombreuses à s'identifier comme bisexuelles (26,6 % vs 13,9 %) ou *Queer* (25 % vs 6,7 %).

Niveau de scolarité, occupation et revenu

Le niveau de scolarité le plus élevé complété par les répondants est de 17,5 % pour le diplôme d'études secondaires, un peu plus du quart pour le niveau collégial (26,8 %), près d'un tiers pour le diplôme universitaire de premier cycle (33,8 %), environ une personne sur cinq a un diplôme universitaire de 2^e ou 3^e cycle (19,5 %) et 2,3 % pour d'autres diplômes.

La majorité des répondants occupe un emploi à temps plein ou à temps partiel (respectivement 37,7 % et 19,5 %). Environ une personne sur dix rapporte le statut de travailleur autonome (9,1 %). Un peu plus du quart des répondants sont aux études à temps plein (28 %) et 7,3 %, aux études à temps partiel. Une proportion de 7,5 % est composée de personnes sans emploi, 6,8 % sont à la retraite et 3,7 % sont dans une autre situation. Une proportion de 13,5 % rapporte travailler dans le réseau de la santé et des services sociaux (p. ex. CLSC, hôpital, clinique médicale) et 8 % dans un organisme communautaire dont la mission est consacrée à des problématiques de santé.

Le revenu moyen brut avant impôts au cours de la dernière année se situe entre 30 et 40 000 \$. Un peu plus de la moitié des personnes répondantes rapporte un revenu de 30 000 \$ ou moins (51,2 %), un peu moins du tiers un revenu entre 30 et 60 000 \$ (31,2 %) et 15,8 %, un revenu de plus de 60 000 \$.

Origine et statut au Canada

Plus des trois quarts des personnes répondantes sont nées au Canada de parents nés au Canada (80,4 %) et 6,4 % sont nées de parents nés à l'étranger (au moins un des parents). Une proportion de 13,3 % rapporte être née à l'étranger. Les répondants sont en grande majorité de citoyenneté canadienne (91,7 %), 5 % sont immigrants reçus et 0,7 % sont d'origine autochtone, amérindienne, membre des Premières nations, Inuit ou Métis.

Connaissance de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre par l'entourage

Le temps moyen écoulé depuis le début du processus de divulgation de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre est de 11,99 ans pour l'ensemble de l'échantillon. Le tableau 1 ci-dessous indique la proportion de l'entourage (familial, amical et de travail) au courant de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre des répondants.

Tableau 1 : Proportion des personnes de l'entourage au courant de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre

Quelle proportion de ces personnes est au courant de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité?	Tous ou presque tous	Plus de la moitié	Environ la moitié	Moins de la moitié	Quelques-uns ou aucun
Membres de la famille	71,1	6,8	4,1	3,8	14,2
Collègues de travail	56,2	9,3	7,3	7,2	20,0
Ami(e)s	81,8	5,5	1,6	3,6	7,4
Patrons ou superviseurs	55,3	7,4	4,5	4,0	28,8

Situation de vie et statut civil

35,4 % des répondants indiquent vivre avec un partenaire/époux ou épouse tandis que 32 % vivent seuls, 16,3 % avec un ou plusieurs colocataires, 13,9 % avec un ou plusieurs membres de la famille et 5,5 % avec un ou des amis. Une très faible proportion indique ne pas avoir de domicile fixe (0,4 %), vivre dans un centre d'hébergement (0,1 %) ou dans un refuge (0,1 %).

Près de la moitié des personnes répondantes sont célibataires (47,5 %), près du quart sont en relation avec une femme (23,2 %) et une personne sur cinq, en relation avec un homme (20,4 %). Une proportion de 7,7 % indique être marié.e, 3,4 % en union civile, 2,0 % séparé.e, 1,4 % divorcé.e et 1,0 % veuf ou veuve.

Présence d'enfants

Une proportion de 9,7 % des répondants affirme avoir des enfants qui vivent à la maison et 6,3 %, ailleurs qu'à la maison. Un peu plus de la moitié de ces répondants ayant des enfants affirme se considérer comme une famille homoparentale ou transparentale.

Maladies chroniques diagnostiquées par un professionnel de la santé

Plus de quatre participants sur dix indiquent être atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques diagnostiquées par un professionnel de la santé. Pour 28,9 %, il s'agit d'un problème de santé physique, pour 25,6 % d'un problème de santé mentale et pour 9 %, d'un problème de santé sexuelle. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à indiquer une maladie chronique de nature sexuelle lorsque comparés aux femmes (12,3 % vs 6 %; $p=0,005$). Les personnes trans sont plus nombreuses à indiquer un trouble de santé mentale lorsque comparées aux femmes et aux hommes non trans (44,1 % vs 23,9 %; $p=0,001$).

État de santé autoévalué

Tel qu'illustré aux tableaux 2a) et 2 b) ci-dessous, près des deux tiers (63,5 %) des répondants ont rapporté avoir une excellente ou une très bonne santé, 28,9 % une bonne santé et 7,6 % un état de santé passable ou mauvais. Par comparaison à l'année précédente, un peu plus du quart des répondants (26,8 %) ont indiqué un état de santé bien meilleur ou un peu meilleur, 56,1 % un état de santé inchangé et 14 % une santé un peu ou bien moins bonne qu'antérieurement. En ce qui concerne l'autoévaluation de la santé mentale, la majorité des répondants indiquent une excellente ou très bonne santé mentale (58,8 %), 28,9 % une bonne santé mentale et 12,3 % une santé mentale passable ou mauvaise.

Lorsque comparées aux hommes et aux femmes non trans, les personnes trans sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer un état de santé générale passable ou mauvais (17 % vs 6,8 %; $p=0,003$). Il en va de même pour l'état de santé mentale autoévalué (28,8 % vs 10,8 %; $p=0,001$). Lorsque comparés aux femmes et en excluant les personnes trans, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer une excellente santé mentale (30,9 % vs 20,1 %; $p=0,03$).

Tableau 2a) État de santé générale autoévalué

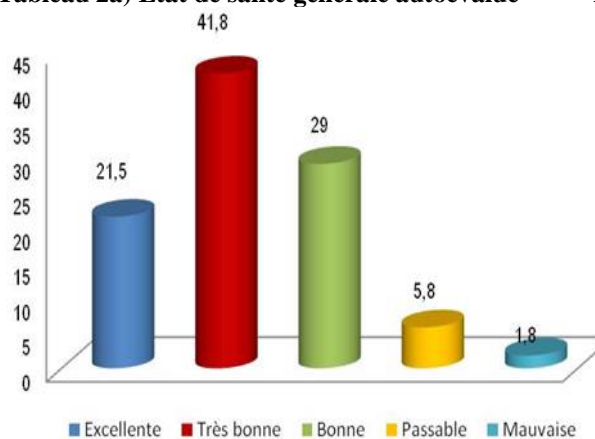
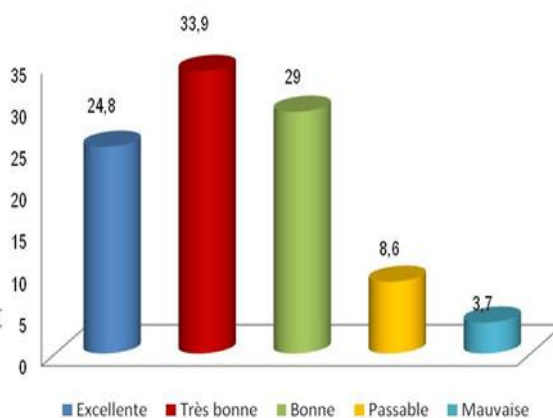


Tableau 2b) État de santé mentale autoévalué



5.2.2 Utilisation et satisfaction à l'égard des points de services du CSSS Jeanne-Mance

Cette section présente les résultats des questionnaires pour les répondants LGBT qui résident dans la région montréalaise et au sujet de leur utilisation et satisfaction vis-à-vis des services sociaux et de santé du CSSS Jeanne-Mance.

5.2.2.1 Portrait de l'utilisation des services du CSSS Jeanne-Mance par les répondants

Les répondants LGBT résidant dans la région de Montréal (n=477) étaient interrogés sur leur utilisation des services offerts par le CSSS Jeanne-Mance. Le tableau 3 ci-dessous montre la proportion des répondants qui connaissent l'un des points de services de l'établissement ainsi que le recours aux services de santé au cours des années antérieures.

Tableau 3 : Connaissance et utilisation des points de services du CSSS Jeanne-Mance

Points de services	Connaissance (oui)	Utilisation au cours de la dernière année (oui)	Utilisation il y a plus d'un an (oui)	Jamais utilisé le point de services
CLSC des Faubourgs, site Visitation : 1705, rue de la Visitation, Montréal.	37,2	11,4	33,3	55,7
CLSC des Faubourgs, site Sanguinet : 1250, rue Sanguinet, Montréal.	34,3	4,2	29,1	66,7
CLSC des Faubourgs, site Parthenais : 2260, rue Parthenais, Montréal.	16,3	17,1	15,8	67,1
CLSC du Plateau-Mont-Royal : 4625, av. de Lorimier, Montréal.	21,1	7,1	18,2	74,7

CLSC Saint-Louis du Parc : 15, av. Mont-Royal Est, Montréal.	13,4	14,5	16,1	69,4
Unité de médecine familiale (UMF), hôpital Notre-Dame : 2205, rue Sherbrooke Est, Montréal.	10,5	10,2	10,2	79,6

Les chiffres suggèrent qu'une forte proportion des répondants n'utilisent pas ou sous-utilisent les services du CSSS Jeanne-Mance. Les répondants étaient invités à préciser les raisons justifiant la non-utilisation des services. En ordre décroissant d'importance, les raisons indiquées sont : ne pas résider sur le territoire de l'établissement (44,7 %), ne pas connaître les services offerts (36,1 %), consulter seulement lorsqu'il y a urgence (34,4 %), ne pas avoir besoin des services offerts par les CLSC (22,1 %), préférer les cliniques médicales (18,3 %), ne pas aimer les services de santé (5,4 %), ne pas aimer les médecins ou les autres professionnels de la santé (5,4 %), craindre de ne pas être bien accueilli (5,2 %), ne pas posséder une carte d'assurance maladie (3,7 %) et préférer les hôpitaux (3,4 %).

Au total, 221 répondants ont indiqué avoir déjà utilisé au moins l'un des points de services du CSSS Jeanne-Mance : 62 au cours de la dernière année et 159 il y a plus d'un an. Les services utilisés par les répondants sont principalement les soins et suivis médicaux (50 %), les services en santé sexuelle (36,2 %), en santé mentale (18,5 %), les services de dépistage des ITSS et vaccination offerts par un infirmier dans les organismes communautaires (11,5 %). D'autres types de services ont été utilisés dans de faibles proportions (entre 0 et 3,1 %). Le tableau 4 ci-dessous présente ces chiffres de manière détaillée.

Tableau 4 : Services du CSSS Jeanne-Mance déjà utilisés par les répondants

	%
Soins médicaux ou suivi médical	50
Services en santé sexuelle (dépistage, traitement et vaccination)	36,2
Services en santé mentale	18,5
Dépistage des ITSS et vaccination offerts par un infirmier dans les organismes communautaires	11,5
Clinique des jeunes en difficulté	3,1
Services en santé sexuelle autre que dépistage, traitement et vaccination (ex. sexologue)	3,1
Services pour les personnes itinérantes	3,1
Services d'interruption volontaire de grossesse	2,3
Dépistage des ITSS et vaccination offerts par un infirmier dans un sauna	1,5
Soutien à domicile	1,5
Clinique des jeunes de la rue	0,8
Centre de soins et d'hébergement de longue durée	0

Les répondants qui ont utilisé les services au cours de l'année précédente rapportent les motifs de la dernière consultation médicale présentés dans les tableaux 5a) et 5b). Ce sont : les services de santé sexuelle (prévention, dépistage, vaccination ou traitements des ITSS) (38,8 %), les soins de santé médicaux tels qu'examen et soins spécialisés (27,2 %), le suivi médical tel que le renouvellement d'ordonnances et traitements (15,5 %), les services en santé mentale (anxiété, dépression et autres troubles de l'humeur) (13,6 %), l'aide à l'intégration sociale ou autres motifs (3,9 %). Les types de professionnels rencontrés lors de cette dernière consultation sont : un infirmier ou infirmière (64,4 %), un ou une médecin (54,8 %), un travailleur ou une travailleuse sociale (16,4 %), un ou une psychologue (13,7 %) et un autre type de professionnel (4,1 %).

Tableau 5a) Motifs de la consultation

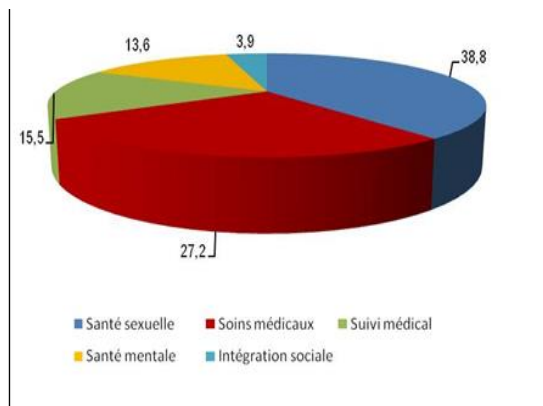
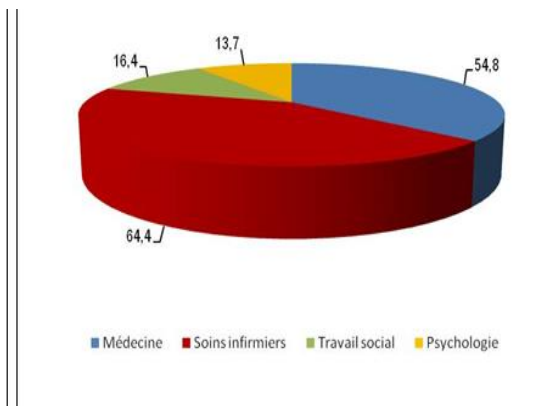


Tableau 5b) Types de professionnels rencontrés



5.2.2.2 Discussion sur l'orientation sexuelle au sein des points de services du CSSS Jeanne-Mance déjà utilisés

Un peu plus de la moitié des répondants (55,3 %) indiquent avoir déjà discuté de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre avec un professionnel de la santé du CSSS Jeanne-Mance. Le temps moyen écoulé depuis la dernière discussion de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre avec un professionnel du CSSS Jeanne-Mance est de 3,35 ans (min. moins d'un an à 15 ans). Lorsqu'interrogés sur l'importance perçue de discuter de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre avec un professionnel de la santé de l'établissement, 45,8 % des répondants ont indiqué que c'est très important, pour 34,7 % c'est assez important, pour 18,1 % c'est peu important et pour seulement 1,4 % ce n'est pas du tout important. On demandait ensuite aux participants d'indiquer jusqu'à trois exemples de motifs de consultations où cette discussion serait très ou assez importante. L'analyse des réponses ouvertes révèle que ce sont principalement les motifs liés à la santé sexuelle et la santé mentale.

5.2.2.3 Satisfaction des usagers à l'endroit des services sociaux et de santé du CSSS Jeanne-Mance

La satisfaction des usagers des services de santé a été mesurée sur la base de 22 énoncés dans le questionnaire qui traitent de plusieurs dimensions telles que la qualité de l'accueil, le respect, l'équité, l'empathie, etc. Ils sont répartis en trois sections : la première section (tableau 6) reprend plusieurs des énoncés présents dans le questionnaire destiné aux usagers des CSSS au Québec dans le cadre du processus d'agrément. La deuxième et la troisième sections comprennent des énoncés qui ne sont pas présents dans le questionnaire d'agrément et que l'équipe de recherche a ajoutés afin de mesurer des indicateurs de satisfaction propres à l'expérience des personnes LGBT dans leur accès et leur utilisation des services sociaux et de santé de l'établissement (voir les tableaux 7 et 8). Les répondants devaient indiquer leur niveau d'accord pour chacun des énoncés sur une échelle de 1 à 6 (la valeur 6, ne s'applique pas à mon expérience, est exclue des analyses présentées ici). Certains énoncés sont formulés de manière négative et en conséquence, plus le score se rapproche de 1 (tout à fait en désaccord) plus le niveau de satisfaction est élevé. Dans les tableaux, le score recodé est alors indiqué entre parenthèses sous le score original. Dans le texte, pour chacune des sections, nous relevons les trois énoncés par rapport auxquels la satisfaction est la plus élevée, puis les trois énoncés par rapport auxquels la satisfaction est la moins élevée.

Comment lire les résultats dans les tableaux?

Dans les tableaux ci-dessous, les résultats sont d'abord présentés sous forme de score moyen pour l'ensemble des répondants dans la colonne 1. Les colonnes 2 et 3 présentent la comparaison des scores entre les femmes et les hommes non trans. La colonne 4 indique le résultat au T de Student (un résultat est significatif si le chiffre se situe en deçà de 0,05 et le chiffre est alors en caractères gras). La colonne 5 indique les scores moyens accordés par les personnes trans. Bien que les scores moyens accordés

par les répondant.e.s trans sont inférieurs dans le cas de tous les énoncés, il n'est pas possible de présenter des comparaisons statistiques en raison de leur nombre réduit, les effectifs variant de 8 à 11 personnes selon les énoncés. Les scores moyens sont présentés à titre indicatif seulement dans la colonne 5.

Le tableau 6 ci-dessous présente les résultats de la première section du questionnaire qui reprend plusieurs des énoncés présents dans le questionnaire destiné aux usagers des CSSS au Québec dans le cadre du processus d'agrément. Les trois scores moyens les plus élevés dans cette section portent sur l'appréciation de la politesse et du respect de la part des intervenants (M=4,46), leur écoute attentive (M=4,42) et l'accueil (4,38). À l'opposé, les scores les moins élevés concernent la compréhension de la situation de l'usager par les intervenants (M=4,15), l'amélioration de la santé ou du contrôle de son état grâce aux services reçus (M=4,22) et l'énoncé suggérant que l'usager n'hésiterait pas à amener un.e ami.e dans les points de services du CSSS Jeanne-Mance (M=4,28). Aucune différence significative au test T n'apparaît dans les scores moyens lorsque les femmes et les hommes non trans sont comparés.

Tableau 6 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction CSSS Jeanne-Mance : section 1

Concernant la manière dont on tient compte de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité au sein du CSSS Jeanne-Mance, indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants	Tous M	Femmes M	Hommes M	Test T p	Trans M
1. On m'accueille convenablement.	4,38	4,43	4,38	0,777	4,09
2. On me traite avec politesse et respect.	4,46	4,54	4,46	0,626	4,09
3. Tous les gens (usagers) sont traités équitablement (sur un même pied d'égalité).	4,31	4,41	4,35	0,738	3,50
4. Les intervenants m'écoutent attentivement.	4,42	4,42	4,46	0,807	4,18
5. Les intervenants comprennent bien ma situation.	4,15	4,08	4,24	0,502	4,09
6. Les intervenants sont compétents.	4,34	4,37	4,39	0,917	3,91

7. Les services reçus améliorent ma santé ou me permettent de mieux contrôler mon état.	4,22	4,22	4,27	0,805	4,00
8. Les renseignements à mon sujet sont traités de manière confidentielle.	4,32	4,43	4,35	0,680	3,60
9. Je n'hésiterais pas à amener un(e) ami(e) dans les points de services du CSSS Jeanne-Mance.	4,28	4,25	4,35	0,710	4,00

1. Tout à fait en désaccord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Ni en accord ni en désaccord, 4. Plutôt en accord, 5. Tout à fait en accord, 6. Ne s'applique pas à mon expérience

Le tableau 7 ci-dessous présente les résultats pour les énoncés du questionnaire propres à l'expérience des personnes LGBT dans l'accès aux services sociaux et de santé de l'établissement. Les trois scores moyens les plus élevés sont associés aux énoncés concernant le refus de services ou le fait de terminer l'offre de soins en raison de l'orientation sexuelle ou de la transidentité de l'utilisateur (score moyen de l'énoncé négatif : $M=1,25$, score moyen recodé : $M=4,75$), l'aisance de l'intervenant à discuter de l'orientation sexuelle ou de la transidentité ($M=4,18$) et l'utilisation de mots appropriés pour en discuter ($M=4,13$). À l'opposé, les trois scores moyens les moins élevés sont la présomption de l'orientation sexuelle ($M=2,58$ score moyen recodé : $M=3,42$), l'aisance de l'utilisateur à discuter de son orientation sexuelle ou de sa transidentité ($M=2,15$; score moyen recodé : $M=3,85$) et la nécessité de fournir des informations sur les réalités et les besoins des personnes LGBT (former le professionnel) ($M=3,95$). Lorsque comparées aux hommes, les femmes accordent un score moyen plus élevé à l'énoncé sur le malaise à discuter de l'orientation sexuelle avec un intervenant (différence significative au test T, $p=0,030$).

Tableau 7 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction CSSS Jeanne-Mance : section 2

Concernant la manière dont on tient compte de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité lorsque vous utilisez les services du CSSS Jeanne-Mance, indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants	Tous M	Femmes M	Hommes M	T-test p	Trans M
1. On a présumé que je suis hétérosexuel(le) ou une autre orientation sexuelle que la mienne.	2,58 (3,42)	2,81 (3,19)	2,15 (3,85)	0,080	3,13 (2,87)
2. On a utilisé des mots appropriés pour discuter de ma situation (par exemple partenaire au lieu de conjoint ou conjointe).	4,13	4,04	4,23	0,513	4,17
3. Je ne me sentais pas à l'aise de discuter de mon orientation sexuelle ou de ma transidentité.	2,15 (3,85)	2,47 (3,53)	1,68 (4,32)	0,030	2,50 (3,50)
4. L'intervenant était à l'aise de discuter de mon orientation sexuelle ou de ma transidentité.	4,18	4,17	4,34	0,556	3,63
5. Je n'ai pas eu à fournir des informations outre mesure sur les réalités et les besoins des personnes comme moi (former le professionnel).	3,95	3,85	4,22	0,272	3,38
6. On a refusé de vous voir ou on a terminé l'offre de soins en raison de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité.	1,25 (4,75)	1,25 (4,75)	1,19 (4,81)	0,763	1,50 (4,50)

1. Tout à fait en désaccord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Ni en accord ni en désaccord, 4. Plutôt en accord, 5. Tout à fait en accord, 6. Ne s'applique pas à mon expérience

Le tableau 8 ci-dessous présente les résultats pour les énoncés mesurant le niveau de satisfaction quant à l'adaptation des points de services aux besoins des personnes LGBT. Il apparaît que les trois scores moyens les plus élevés concernent l'absence de commentaires négatifs ou insultants que l'utilisateur aurait pu entendre à propos des personnes LGBT (M=1,48 score recodé : M=4,52), le traitement respectueux et digne que l'utilisateur a constaté à toutes les occasions où il a utilisé des services sociaux et de santé du CSSS Jeanne-Mance (M=4,30) et la satisfaction globale à propos des services de l'établissement (M=4,16). Les trois scores moyens les moins élevés sont associés aux énoncés sur la présence constatée par l'utilisateur de documents, d'affiches ou d'un autre support d'information démontrant une ouverture à propos de la transidentité (2,86), le constat par l'utilisateur que les services sont adaptés à ses besoins en tant que

personne LGBT (3,71) et la présence constatée par l'utilisateur de documents, d'affiches ou d'un autre support d'information démontrant une ouverture à propos de l'orientation sexuelle (3,88). Aucune différence significative au test T n'est présente dans les scores moyens lorsque les femmes et les hommes sont comparés.

Tableau 8 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction CSSS Jeanne-Mance : section 3

Concernant la manière dont on tient compte de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité lorsque vous utilisez les services du CSSS Jeanne-Mance, indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants	Tous M	Femmes M	Hommes M	T-test p	Trans M
1. On a fait preuve d'une attitude positive envers votre orientation sexuelle ou votre transidentité.	3,94	3,77	4,28	0,055	3,38
2. J'ai entendu des commentaires négatifs ou insultants à propos des personnes LGBT.	1,48 (4,52)	1,50 (4,40)	1,45 (4,55)	0,848	1,50 (4,50)
3. J'ai vu des documents, affiches ou un autre support d'information qui démontrent une ouverture à propos de l'orientation sexuelle.	3,88	3,62	4,21	0,093	3,57
4. J'ai vu des documents, affiches ou un autre support d'information qui démontrent une ouverture à propos de votre transidentité.	2,86	3,00	3,08	0,834	1,57
5. Je constate que les services sont adaptés à mes besoins en tant que personne lesbienne, gaie, bisexuelle ou transgenre.	3,71	3,60	4,03	0,125	3,00
6. J'ai été traité(e) de manière respectueuse et avec dignité à toutes les occasions où j'ai utilisé des services sociaux et de santé.	4,30	4,27	4,37	0,611	4,18
7. Globalement, je suis satisfait(e) des services sociaux du CSSS Jeanne-Mance	4,16	4,09	4,29	0,355	3,90

1. Tout à fait en désaccord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Ni en accord ni en désaccord, 4. Plutôt en accord, 5. Tout à fait en accord, 6. Ne s'applique pas à mon expérience

5.2.3 Utilisation et satisfaction à l'égard des services sociaux et de santé utilisés au cours des deux dernières années — Général

5.2.3.1 Utilisation des services sociaux et de santé au cours des années antérieures

Le tableau 9 ci-dessous présente les fréquences d'utilisation des services de santé selon les types de sources de soins au cours des deux dernières années rapportées par les répondants. Les trois types de sources de soins les plus utilisées à une ou deux occasions sont les cliniques médicales avec des services couverts par le régime public (35,7 %), l'urgence à l'hôpital (32,7 %), les soins spécialisés dans les hôpitaux (29,1 %) ou les soins généraux (26,2 %). À l'opposé, les types de sources de soins les moins utilisés à une ou deux occasions sont les cliniques médicales où aucun service n'est couvert par le régime public (7,0 %), les cliniques médicales avec des services non couverts par le régime public (frais autres que l'ouverture de dossier ou de laboratoire : 17,8 %) et les centres locaux de services communautaires (CLSC), excluant les points de services du CSSS Jeanne-Mance (19,6 %).

Les types de professionnels rencontrés sont, en ordre décroissant : un ou une médecin (43,3 %), un ou une professionnel.le en soins infirmiers (29,3 %), un ou une psychologue (26,6 %), un travailleur ou une travailleuse sociale (12,3 %) et un autre type de professionnel (9,9 %). Le temps moyen écoulé depuis la dernière rencontre avec un professionnel de santé est de 2,33 ans (min. moins d'un an, max. 13 ans).

Tableau 9 : Services sociaux et de santé utilisés au cours des deux dernières années et nombre de consultations

J'ai utilisé des services dans ces établissements	Nombre de consultations					
	Aucune %	1 à 2 %	3 à 4 %	5 à 7 %	8 à 14 %	15 et plus %
Clinique médicale avec des services couverts par le régime public	36,0	35,7	14,0	7,9	4,6	1,9
Urgence à l'hôpital	56,6	32,7	7,3	1,6	1,3	0,5
Hôpital, soins spécialisés (ex. radiologue, urologue, endocrinologue, etc.)	53,7	29,1	9,9	3,1	1,9	2,3
Hôpital, soins généraux	62,9	26,2	6,8	2,0	0,8	1,3
Centre local de services communautaires (CLSC), excluant l'un ou l'autre des points de services du CSSS Jeanne-Mance	66,9	19,7	6,8	3,3	1,3	1,9
Clinique médicale avec des services non couverts par le régime public (frais autres que l'ouverture de dossier ou de laboratoire)	75,2	17,8	4,6	1,8	0	0,7
Clinique médicale où aucun service n'est couvert par le régime public	90,3	7,0	1,3	0,8	0	0,5

5.2.3.2 Besoins de santé non comblés — services sociaux et de santé en général

16,3 % des répondants ont indiqué un besoin de santé non satisfait au cours de l'année précédente. Pour à peu près un répondant sur cinq (21,6 %), ces besoins non comblés concernaient les soins de santé médicaux tels qu'examen et soins spécialisés. Les autres soins non obtenus sont, en ordre décroissant d'importance : les services de santé mentale tels que le traitement de l'anxiété et dépression (13,7 %), le suivi médical tel

que le renouvellement d'ordonnance et les traitements (10,8 %), les services de santé sexuelle tels que la prévention, le dépistage, la vaccination ou le traitement des ITSS (5,7 %), l'aide à l'intégration sociale (1,3 %) et autres services (4,8 %).

Il était demandé aux répondants de préciser la ou les raisons expliquant, à leur avis, que ces besoins de santé demeuraient non satisfaits. Les raisons indiquées sont les suivantes : une liste d'attente (18,1 %), un refus de prodiguer des soins (9,0 %), l'attente du traitement d'une demande (6,8 %), la référence vers d'autres services (6,5 %), les coûts pour l'obtention d'un service (4,8 %), la distance (1,6 %) et la langue (1,0 %). Une proportion de 11,3 % (n=35) a indiqué d'autres raisons. Près d'un répondant sur dix (9,2 %) affirme par ailleurs avoir déjà évité de demander une consultation dans un service de santé en raison de son orientation sexuelle ou de sa transidentité. Les personnes trans sont proportionnellement plus nombreuses à s'être retrouvées dans une telle situation lorsque comparées aux hommes et aux femmes non trans (30,5 % vs 9,2 %; p=0001).

5.2.3.3 Discussion sur l'orientation sexuelle au sein des points de services

Près de la moitié des répondants (48,4 %) indiquent avoir déjà discuté de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre avec un professionnel de la santé. Parmi ceux-ci, le ou les motifs de consultation lors de la dernière occasion où ces sujets ont été abordés sont : les soins de santé médicaux tels qu'examen et soins spécialisés (33,6 %), la santé sexuelle telle que la prévention, le dépistage, la vaccination ou le traitement des ITSS (32,6 %), la santé mentale telle que l'anxiété, la dépression et les autres troubles de l'humeur (31,6 %), le suivi médical tel que le renouvellement d'ordonnance et traitements (22,0 %), l'aide à l'intégration sociale (1,6 %) et d'autres motifs (6,3 %).

Plus de huit répondants sur dix ont indiqué se sentir très à l'aise ou à l'aise (respectivement 47,2 % et 36,1 %) lorsque vient le temps de discuter de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre avec un professionnel de la santé en général. À l'opposé, une proportion de 9,7 % affirme être mal à l'aise et 5,6 %, très mal à l'aise. Parmi les répondants qui ont indiqué ne jamais avoir discuté de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre avec un professionnel de la santé en général, les raisons invoquées sont les suivantes : ce n'est pas pertinent (46,7 %), il s'agit de ma vie privée (10,6 %), je crains de dévoiler ou de discuter de cet aspect de ma personne (6,0 %) et d'autres raisons (5,4 %).

5.2.3.4 Satisfaction des usagers à l'égard des services sociaux et de santé en général

La satisfaction des usagers des services a été mesurée sur la base de 21 énoncés dans le questionnaire qui traitent de plusieurs dimensions telles que la qualité de l'accueil, le respect, l'équité, l'empathie, etc. Ils sont répartis en trois sections : la première section (tableau 10) reprend plusieurs des énoncés présents dans le questionnaire destiné aux usagers des CSSS au Québec dans le cadre du processus d'agrément. La deuxième et la troisième sections comprennent des énoncés qui ne sont pas présents dans le questionnaire d'agrément et que l'équipe de recherche a ajoutés afin de mesurer des indicateurs de satisfaction propres à l'expérience des LGBT dans leur accès et leur utilisation des services sociaux et de santé de l'établissement (voir les tableaux 11 et 12). Les répondants devaient indiquer leur niveau d'accord pour chacun des énoncés sur une échelle de 1 à 6 (la valeur 6, ne s'applique pas à mon expérience, est exclue des analyses présentées ici). Certains énoncés sont formulés de manière négative et en conséquence, plus le score se rapproche de 1 (tout à fait en désaccord), plus le niveau de satisfaction est élevé. Dans les tableaux, le score recodé est alors indiqué entre parenthèses sous le score original. Dans le texte, pour chacune des sections, nous

relevons les trois énoncés par rapport auxquels la satisfaction est la plus élevée, puis les trois énoncés par rapport auxquels la satisfaction est la moins élevée.

Comment lire les résultats dans les tableaux?

Dans les tableaux ci-dessous, les scores moyens pour l'ensemble des répondants sont indiqués dans la colonne 1, suivis de la comparaison des femmes et des hommes non trans (colonne 2 et 3 et test T de Student dans la colonne 4). Les trois colonnes suivantes (5, 6, 7) présentent les résultats de la comparaison entre les répondant.e.s trans et les répondant.e.s non trans réunis dans un même groupe. Les caractères gras pour le test T de Student indiquent que l'écart entre les groupes comparés est significatif.

Le tableau 10 ci-dessous présente les scores pour les énoncés présents dans le questionnaire destiné aux usagers des CSSS au Québec dans le cadre du processus d'agrément (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2005). Il en ressort que les trois scores moyens les plus élevés dans cette section portent sur l'appréciation du respect de la confidentialité ($M=4,43$) la politesse et le respect des intervenants ($M=4,42$) et leur accueil ($M=4,40$). À l'opposé, les scores les moins élevés concernent la compréhension de la situation de l'utilisateur par les intervenants ($M=3,97$), la perception que tous les usagers sont traités de façon équitable ($M=3,99$) et que les services reçus améliorent la santé ou permettent de mieux contrôler son état ($M=4,14$).

Les femmes accordent des scores moyens moins élevés de manière statistiquement significative lorsque comparées aux hommes pour les énoncés concernant la compréhension de la situation de l'utilisateur ($M=3,92$ vs $4,18$, $p=0,009$), le fait que les services reçus améliorent ou permettent de mieux contrôler l'état de santé ($M=4,08$ vs $M=4,31$, $p=0,016$), que les intervenants écoutent attentivement ($M=4,12$ vs $M=4,31$, $p=0,047$) et qu'ils sont compétents ($M=4,14$ vs $M=4,34$, $p=0,049$).

Lorsque comparées aux répondant.e.s non trans, les répondant.e.s trans accordent des scores moyens moins élevés à tous les énoncés et les cinq seuils de différences significatives les plus élevés concernent la compréhension de la situation de l'utilisateur (M=3,18 vs 4,06, p=0,0001), la compétence des intervenants (M=3,67 vs M=4,26, p=0,0001), la politesse et le respect (M=4,46 vs M=3,98; p=0,001), le fait que les services reçus améliorent ou permettent de mieux contrôler l'état de santé (M=3,69 vs M=4,19, p=0,004) et que l'accueil est convenable (M=4,00 vs 4,44, p=0,005).

Tableau 10 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction - Général : section 1

Concernant la manière dont on tient compte de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité lorsque vous utilisez les services sociaux et de santé, indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants	Tous M	Femmes M	Hommes M	T-test p	LGB M	Trans M	T-test p
1. On m'accueille convenablement.	4,40	4,40	4,48	0,339	4,44	4,00	0,005
2. On me traite avec politesse et respect.	4,42	4,41	4,49	0,305	4,46	3,98	0,001
3. Tous les gens (usagers) sont traités équitablement (sur un même pied d'égalité).	3,99	3,97	4,17	0,056	4,05	3,50	0,008
4. Les intervenants m'écoutent attentivement.	4,20	4,12	4,31	0,047	4,23	3,90	0,039
5. Les intervenants comprennent bien ma situation.	3,97	3,92	4,18	0,009	4,06	3,18	0,0001
6. Les intervenants sont compétents.	4,20	4,16	4,34	0,049	4,26	3,67	0,0001
7. Les services reçus améliorent ma santé ou me permettent de mieux contrôler mon état.	4,15	4,08	4,31	0,016	4,19	3,69	0,004
8. Les renseignements à mon sujet sont traités de manière confidentielle.	4,43	4,45	4,50	0,608	4,46	4,08	0,015

1. Tout à fait en désaccord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Ni en accord ni en désaccord, 4. Plutôt en accord, 5. Tout à fait en accord, 6. Ne s'applique pas à mon expérience

Le tableau 11 ci-dessous décrit les résultats en ce qui concerne l'expérience des personnes LGBT dans l'accès aux services sociaux et de santé de l'établissement. Les trois scores moyens les plus élevés sont associés aux énoncés concernant le refus de voir l'utilisateur ou le fait de terminer l'offre de soins en raison de son orientation sexuelle ou de sa transidentité (score moyen de l'énoncé négatif : $M=1,37$; score moyen recodé : $M=4,63$), l'aisance de l'intervenant à discuter de l'orientation sexuelle ou de la transidentité de l'utilisateur ($M=3,94$) et le fait de ne pas avoir à fournir des informations outre mesure sur les réalités et les besoins des personnes comme l'utilisateur (former le professionnel) ($M=3,87$). Les trois scores moyens les moins élevés sont la présomption de l'orientation sexuelle ($M=3,49$ score moyen recodé : $M=2,51$), l'utilisation de mots appropriés pour discuter de la situation de l'utilisateur ($M=3,56$) et l'aisance de l'utilisateur à discuter de son orientation sexuelle ou de sa transidentité ($2,40$ score moyen recodé : $M=3,60$).

Les femmes accordent des scores moyens moins élevés de manière statistiquement significative, lorsque comparées aux hommes, en ce qui concerne la présomption de l'orientation sexuelle ($3,77$ vs $3,03$, $p=0,0001$), l'utilisation de mots appropriés pour discuter de la situation de l'utilisateur ($3,33$ vs $3,99$, $p=0,0001$) et l'aisance de l'intervenant à discuter de l'orientation sexuelle ou de la transidentité ($3,85$ vs $4,26$, $p=0,009$). Lorsque comparées aux répondant.e.s non trans, les répondant.e.s trans accordent des scores moyens moins élevés à trois énoncés en ce qui concerne la nécessité de fournir des informations outre mesure sur leurs besoins et réalités ($2,95$ vs $4,03$, $p=0,0001$), l'aisance de l'intervenant à discuter de l'orientation sexuelle ou de la transidentité ($3,42$ vs $4,02$, $p=0,006$) et le refus de voir l'utilisateur ou le fait de terminer l'offre de soins en raison de son orientation sexuelle ou de sa transidentité ($4,12$ vs $4,71$, $p=0,018$).

Tableau 11 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction - Général : section 2

Concernant la manière dont on tient compte de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité lorsque vous utilisez les services sociaux et de santé, indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants	Tous M	Femmes M	Hommes M	T-test p	LGB M	Trans M	T-test p
1. On a présumé que je suis hétérosexuel(le) ou une autre orientation sexuelle que la mienne.	3,49 (2,51)	3,77 (2,23)	3,03 (2,97)	0,0001	3,46 (2,54)	3,76 (2,24)	0,281
2. On a utilisé des mots appropriés pour discuter de ma situation (par exemple partenaire au lieu de conjoint ou conjointe).	3,56	3,33	3,99	0,0001	3,59	3,30	0,225
3. Je ne me sentais pas à l'aise de discuter de mon orientation sexuelle ou de ma transidentité.	2,40 (3,60)	2,38 (3,52)	2,36 (3,74)	0,999	2,36 (3,64)	2,60 (3,40)	0,300
4. L'intervenant était à l'aise de discuter de mon orientation sexuelle ou de ma transidentité.	3,94	3,85	4,26	0,009	4,02	3,42	0,006
5. Je n'ai pas eu à fournir des informations outre mesure sur les réalités et les besoins des personnes comme moi (former le professionnel).	3,87	3,91	4,17	0,232	4,03	2,95	0,0001
6. On a refusé de vous voir ou on a terminé l'offre de soins en raison de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité.	1,37 (4,63)	1,57 (4,43)	1,60 (4,40)	0,546	1,29 (4,71)	1,88 (4,12)	0,018

1. Tout à fait en désaccord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Ni en accord ni en désaccord, 4. Plutôt en accord, 5. Tout à fait en accord, 6. Ne s'applique pas à mon expérience

Enfin, le tableau 12 porte sur les énoncés mesurant le niveau de satisfaction quant à l'adaptation des points de services aux besoins des personnes LGBT. Les trois scores moyens les plus élevés concernent l'absence de commentaires négatifs ou insultants que l'utilisateur aurait pu entendre ou non à propos des personnes LGBT (M=4,33), le

traitement respectueux et digne que l'utilisateur a constaté à toutes les occasions où il a utilisé des services sociaux et de santé ($M=4,08$) et l'attitude positive des intervenants envers l'orientation sexuelle ou la transidentité ($M=3,93$). Les trois scores moyens les moins élevés sont associés aux énoncés sur la présence constatée par l'utilisateur de documents, d'affiches ou d'un autre support d'information qui démontrent une ouverture à propos de la transidentité ($M=2,14$) ou de l'orientation sexuelle ($M=2,87$) et le constat par l'utilisateur que les services sont adaptés à ses besoins en tant que personne LGBT ($M=3,29$).

Les femmes accordent des scores moyens moins élevés de manière statistiquement significative lorsque comparées aux hommes en ce qui concerne l'adaptation des services avec leurs besoins ($3,14$ vs $3,65$, $p=0,0001$), la satisfaction globale au sujet des services ($3,70$ vs $3,99$, $p=0,005$) et le constat de la présence de documents qui démontrent une ouverture à propos de la transidentité ($2,00$ vs $2,48$, $p=0,010$).

Lorsque comparés aux répondant.e.s non trans, les répondant.e.s trans accordent des scores moyens moins élevés à cinq énoncés sur sept et les trois seuils de différences significatives les plus élevés concernent la satisfaction globale au sujet des services ($3,08$ vs $3,84$, $p=0,0001$), l'adaptation des services avec leurs besoins ($2,50$ vs $3,36$, $p=0,0001$) et le traitement respectueux et digne reçu à toutes les occasions où les services sociaux et de santé ont été utilisés ($3,46$ vs $4,14$, $p=0,001$).

Tableau 12 : Scores moyens aux indicateurs de satisfaction - Général : section 3

<i>Concernant la manière dont on tient compte de votre orientation sexuelle ou de votre transidentité lorsque vous utilisez les services sociaux et de santé, indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants</i>	Tous M	Femmes M	Hommes M	T-test <i>p</i>	LGB M	Trans M	T-test <i>p</i>
1. On a fait preuve d'une attitude positive envers votre orientation sexuelle ou votre transidentité.	3,93	3,99	4,10	0,379	4,00	3,50	0,016
2. J'ai entendu des commentaires négatifs ou insultants à propos des personnes LGBT.	1,67 (4,33)	1,57 (4,43)	1,60 (4,40)	0,548	1,60 (4,40)	2,10 (3,90)	0,032
3. J'ai vu des documents, affiches ou un autre support d'information qui démontrent une ouverture à propos de l'orientation sexuelle.	2,87	2,77	3,14	0,074	2,90	2,65	0,344
4. J'ai vu des documents, affiches ou un autre support d'information qui démontrent une ouverture à propos de votre transidentité.	2,14	2,00	2,48	0,010	2,18	1,92	0,310
5. Je constate que les services sont adaptés à mes besoins en tant que personne gaie, lesbienne, bisexuelle ou transgenre.	3,29	3,14	3,65	0,0001	3,36	2,50	0,0001
6. J'ai été traité(e) de manière respectueuse et avec dignité à toutes les occasions où j'ai utilisé des services sociaux et de santé.	4,08	4,06	4,22	0,089	4,14	3,46	0,001
7. Globalement, je suis satisfait(e) des services sociaux et de santé.	3,78	3,70	3,99	0,005	3,84	3,08	0,0001

1. Tout à fait en désaccord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Ni en accord ni en désaccord, 4. Plutôt en accord, 5. Tout à fait en accord, 6. Ne s'applique pas à mon expérience

5.2.4 Utilisation et satisfaction à l'égard des services sociaux et de santé utilisés au sein d'autres sources de soins

Cette partie présente les résultats de questionnaire pour l'ensemble des répondants LGBT au sujet de leur utilisation et satisfaction quant aux services de santé au sein d'autres sources de soins (médecine douce, secteur privé, médecin de famille).

5.2.4.1 Utilisation des services de médecine douce, des traitements parallèles ou des services de santé du secteur privé

Une proportion de 40,9 % des répondants indique avoir utilisé, au cours de la dernière année, des services de médecine douce (p. ex. acupuncture, naturopathie, homéopathie, massothérapie), 34,8 % des services sociaux et de santé offerts dans le secteur privé (p. ex. ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, sexologue) et 22,2 %, des traitements parallèles (p. ex. produits naturels, médicaments alternatifs).

5.2.4.2 Expériences des personnes LGBT avec un médecin de famille

Près de six répondants sur dix (61 %) indiquent avoir accès à un médecin de famille. Parmi les autres répondants, 42,5 % indiquent être en processus de recherche, près d'un tiers (30,8 %) affirme ne pas en chercher un et un peu plus du quart (26,7 %) avoir cessé leur recherche. On demandait ensuite depuis combien de temps les répondants avaient accès à ce médecin de famille. Pour plus de la moitié de l'échantillon, il s'agit de 5 années ou plus (56,1 %), de 3 à 4 années pour 17,4 %, de une à deux années pour 10,9 % et pour 15,6 %, une année ou moins. Les médecins de famille des répondants de l'échantillon pratiquent leur profession dans les lieux suivants : une clinique médicale dont les services sont couverts par le régime public (77,5 %), un CLSC

excluant les points de services du CSSS Jeanne-Mance (8,7 %), un CLSC (dans un ou l'autre des points de services du CSSS Jeanne-Mance (3,4 %), un hôpital (2,5 %) ou un autre endroit (3,4 %).

Un peu plus des deux tiers des répondants (67,7 %) indiquent que leur médecin de famille est au courant de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre et environ la moitié (46,9 %) en ont déjà discuté avec lui ou elle. Le ou les motifs de la consultation la plus récente au cours de laquelle ces sujets ont été discutés sont : les soins de santé médicaux tels qu'examen et soins spécialisés ou le suivi médical tels que le renouvellement d'ordonnance et traitements (54,9 %), la santé sexuelle telle que la prévention, le dépistage, la vaccination ou le traitement des ITSS (32,3 %), la santé mentale telle que l'anxiété, la dépression et d'autres troubles de l'humeur (24,3 %), l'aide à l'intégration sociale (1,3 %) et 4,7 % ont indiqué d'autres raisons. Le temps moyen écoulé depuis la dernière consultation où ces sujets ont été abordés est de 2,5 ans.

Parmi les répondants qui ont déjà discuté de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre avec leur médecin de famille (46,9 % de l'échantillon), la majorité a indiqué être très à l'aise de discuter de ces sujets (59,7 %), un peu plus du quart se dit à l'aise (28,4 %), près d'un participant sur dix, mal à l'aise (9,0 %) et une très faible proportion se dit très mal à l'aise (2,0 %). Quant aux répondants qui n'ont jamais discuté de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre avec leur médecin de famille (53,1 % de l'échantillon), le quart ont indiqué qu'ils seraient très à l'aise de discuter de ces sujets (26,9 %), 29,1 % seraient à l'aise de le faire, près d'un participant sur cinq serait mal à l'aise (22 %) et un peu plus d'une personne sur dix serait très mal à l'aise (12,3 %). Une proportion de 9,7 % indique que cette situation hypothétique ne s'applique pas à eux.

Parmi les répondants qui ont indiqué ne jamais avoir discuté de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre avec leur médecin de famille, les raisons invoquées sont les suivantes : ce n'est pas pertinent (58,9 %), il s'agit de ma vie privée (16,0 %), je crains de dévoiler ou de discuter de cet aspect de ma personne (12,2 %) et d'autres raisons (12,5 %).

5.2.5 Présentation des résultats des données qualitatives du questionnaire

Trois sections du questionnaire offraient la possibilité aux répondant.e.s de décrire le déroulement de la dernière consultation au cours de laquelle l'orientation sexuelle ou l'identité de genre a été discutée avec un professionnel de la santé : une section pour les usagers du CSSS Jeanne-Mance, une autre pour les usagers avec médecin de famille et finalement une section sur le déroulement d'une consultation avec un professionnel de la santé en général. Les résultats sont présentés autour de quatre thèmes : les motifs évoqués pour justifier l'évitement des services; l'aisance ou le malaise à discuter de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre; les déterminants de la qualité des expériences de soins; l'interaction entre les professionnels et les usagers.

5.2.5.1 Évitement des services en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre

Tel que mentionné plus tôt, près d'un répondant sur dix (9,2 %) affirme avoir déjà évité de demander une consultation dans un service de santé en raison de son orientation sexuelle ou de sa transidentité. Les prépondant.e.s trans sont proportionnellement plus nombreuses à s'être retrouvées dans une telle situation lorsque comparées aux répondant.e.s non trans (30,5 %). Le tableau 13 ci-dessous présente les raisons évoquées par les répondants justifiant l'évitement des services de santé.

Tableau 13 : Raisons liées à l'évitement des services

Mal à l'aise avec sa propre orientation sexuelle/identité de genre/pratiques sexuelles/honte (12), Peur du jugement (10); Mauvaise expérience par le passé (9); Manque de compréhension du personnel (3); Devoir choisir un sexe/pronom (2); Crainte de recevoir un moins bon service (2), Certains médecins refusent de soigner les trans (1)

Parmi les raisons évoquées par les répondants, on trouve le malaise de l'usager avec son orientation sexuelle, la peur du jugement ou la crainte que la divulgation de cet aspect de leur personne ait une conséquence négative sur la qualité des services. Ce malaise est parfois évoqué au passé, ce qui semble indiquer une évolution dans le processus d'acceptation.

Je ne m'affirmais pas assez dans ce que j'étais. Pour moi, j'étais, à ce moment, encore en marge de la société et j'étais tellement différente que de dire que j'étais lesbienne aurait compliqué le service. (femme homosexuelle, 26 ans)

I have been reluctant to fully disclose my sexual orientation to mental health care providers because I have feared judgment and a lower standard of care. (femme bisexuelle, 28 ans)

J'étais gêné de parler de mes relations sexuelles au tout début de mon identification officielle en tant que gai. (homme homosexuel, 28 ans)

De mauvaises expériences antérieures avec un professionnel de la santé peuvent également expliquer l'évitement des services.

J'ai refusé d'aller rencontrer, pour une deuxième fois, un gynécologue qui avait déjà fait preuve d'homophobie à mon égard lors de la première consultation. Suite aux questions d'usage sur ma sexualité, où j'avais mentionné que j'étais lesbienne, il est arrivé à la conclusion que le mieux pour moi, puisque j'avais des hémorragies lorsque j'étais dans mon cycle menstruel, était de m'enlever l'utérus et « tout ce qui va avec » puisque je n'avais pas besoin de ça. (lesbienne, 48 ans)

Discrimination antécédente, incompréhension de la part des médecins, manque d'empathie et de bon sens de la part des médecins, refus d'utilisation de mon nom de prédilection et refus de changer de pronoms. (lesbienne et trans, 25 ans)

Le manque d'ouverture du personnel, le refus de prodiguer des soins ou d'utiliser le nom ou pronom de prédilection d'une personne transgenre et la présomption de l'orientation sexuelle sont d'autres explications avancées par les répondants.

Suite au refus par Dr. [...] de traiter à cause du contexte de transidentité, j'ai adopté une attitude de fuite. (femme trans, hétérosexuelle, 59 ans)

Gynécologue qui ne démontrait aucune ouverture aux orientations sexuelles autres qu'hétérosexuelles. (femme bisexuelle, 32 ans)

La clinique était située dans un petit village et la dernière fois que je m'y étais rendu, le médecin avait assumé dès le départ que j'avais une « p'tite blonde ». (homme gai, 31 ans)

5.2.5.2 Aisance ou malaise à discuter de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre et raisons invoquées – caractéristiques de l'utilisateur

Tel que mentionné, plus de huit répondants sur dix ont indiqué se sentir très à l'aise ou à l'aise (respectivement 47,2 % et 36,1 %) lorsque vient le temps de discuter de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre avec un professionnel de la santé en général. Les répondants étaient invités à décrire brièvement les raisons expliquant leur aisance ou leur malaise à discuter de ces sujets. Le tableau 14 ci-dessous présente l'importance relative des thèmes associés à l'aisance selon les types de consultation.

Tableau 14 : Raisons déterminant l'aisance à discuter de son orientation sexuelle ou de son identité de genre

Professionnels du CSSS Jeanne-Mance	Médecin de famille	Professionnels de la santé en général
Pleine acceptation de son orientation sexuelle / identité de genre (25) Professionnels ouverts/respectueux (15) Professionnels habitués/conscientisés (8) Les professionnels ne sont pas supposés juger (7) Reconnaissance légale (3)	Pleine acceptation de son orientation sexuelle / identité de genre (80) Médecin ouvert /respectueux (61) Médecin habitué conscientisé / compétent (34) Médecin même OS ou sexe (28) Confiance (22) Me connaît depuis un moment, des années, toujours (21) Médecin pas supposé juger (13) Ne se sent pas jugé (11)	Pleine acceptation de son orientation sexuelle / identité de genre (63) Professionnels ouverts / respectueux (49) Ne se sent pas jugé (16) Transparence nécessaire pour les soins (16) Professionnels conscientisés / compétents (12) Les professionnels ne sont pas supposés juger (10) Professionnel LGBT ou de même sexe (11) Confiance (13) Ouverture mutuelle (10) Important pour la consultation - ma santé (8) Confiance dans le système (5) Croyance homosexualité mieux acceptée maintenant (5) Existence de recours en cas de discrimination (4)

Le facteur le plus fréquemment rattaché à l'aisance de l'utilisateur à discuter de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre avec un professionnel de la santé dans les trois types de consultation est la pleine acceptation de son orientation sexuelle ou de son identité de genre.

Mon orientation sexuelle ne me pose aucunement problème, je l'assume entièrement. (homme gai, 34 ans)

Je suis fier d'être qui je suis, donc je suis fier d'être trans. Je ne vois pas ma transsexualité comme quelque chose dont il faut avoir honte. J'essaie de démystifier les préjugés à ce sujet, et ce, aussitôt que j'en ai l'occasion. Je suis à l'aise d'en discuter avec mon médecin de famille, comme je suis à l'aise d'en discuter avec n'importe qui dans le fond. (homme trans et bisexuel, 28 ans)

Absolument tout le monde sait que je suis lesbienne. Je n'ai jamais eu honte et je ne me suis jamais cachée. [...] Je ne me suis jamais gênée pour le dire. [...] Pour moi, être homosexuelle ou hétérosexuelle ne change absolument rien. (femme homosexuelle, 30 ans)

Un deuxième facteur fréquemment associé à l'aisance des usagers à discuter de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre est l'ouverture et le respect des professionnels de la santé rencontrés.

À plusieurs occasions, j'ai senti une attitude ouverte par rapport à la sexualité en général, incluant l'orientation sexuelle. Je me suis sentie reçue comme une personne d'abord, mes préférences sexuelles n'étant pas vues comme un élément choquant ou surprenant. (femme queer, 30 ans)

She [the family doctor] is very straightforward, respectful, and warm. She asks direct questions, and listens carefully to my responses. She does not appear to judge. (femme bisexuelle, 30 ans)

Après avoir « sondé » la professionnelle, et compris qu'elle n'en ferait pas tout un plat, je me suis sentie à l'aise et j'ai pu intégrer le contexte de la transidentité dans ma réflexion. Ce qui, soit dit en passant, a grandement contribué à dédramatiser ma situation à ce moment. Je n'éprouve pas de difficulté à aborder la question de la transidentité, mais je crains que les professionnels y attribuent tous les maux du monde. (femme trans et hétérosexuelle, 59 ans)

De nombreux participants rattachent également leur aisance de discuter de l'orientation sexuelle à la perception que les professionnels sont habitués à rencontrer des personnes LGBT sur leur lieu de travail et ont une compréhension des besoins spécifiques ou encore que les professionnels sont eux-mêmes lesbiennes, gais, bisexuel.les ou trans, ce qui peut faciliter les interactions.

Comme le CSSS est situé sur le territoire du village gai, les intervenants qui y travaillent sont habitués à aborder la question. (homme gai, 31 ans)

My doctor has built up knowledge over the years about trans issues. He is quite competent, and also gay-identified himself, which makes me comfortable. (homme trans et queer, 39 ans)

C'était dans une clinique LGBT et je pense que le médecin est lui-même homosexuel. (femme bisexuelle, 18 ans)

Un autre facteur pouvant être associé à l'aisance de discuter de l'orientation sexuelle est la conviction que les professionnels de santé ne portent pas de jugement sur les usagers rencontrés.

Je ne vois pas en quoi mon orientation sexuelle serait à cacher lors d'un examen médical. Les médecins sont là pour nous traiter et non nous juger. (lesbienne, 31 ans)

It's my life, I choose to live it the way I want. I do not hurt anyone. If my doctor didn't agree with my choice of partner, then they aren't the right doctor for me. Doctors are not supposed to judge. They are supposed to care. (lesbienne, 32 ans)

Je savais qu'ils étaient des professionnels dont le travail est d'aider les gens. (homme trans et bisexuel, 28 ans).

À l'opposé, une proportion de 9,7 % des répondants affirmait être mal à l'aise et 5,6 %, très mal à l'aise à discuter de l'orientation sexuelle ou l'identité de genre avec le personnel de la santé. Le tableau 15 ci-dessous présente l'importance relative des thèmes associés au sentiment de malaise à discuter de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre selon les types de consultation.

Tableau 15 : Raisons très mal à l'aise ou mal à l'aise de discuter de son orientation sexuelle ou identité de genre

Professionnels du CSSS Jeanne-Mance	Médecin de famille	Professionnels de la santé en général
Peur d'être jugé (2) Manque de conscientisation des professionnels (2) Pas nécessaire - discriminatoire (1)	Peur d'être jugé, rejeté, traité différemment (9) Manque d'ouverture / hétéronormativité (7) Confidentialité (7) Mal à l'aise avec son OS, IG (3) Froideur du professionnel / manque d'empathie (2)	Gêne, malaise, difficulté, pas habitué parler de OS ou IG (10) Conservatisme / discrimination / hétéronormativité des professionnels (9) Peur d'être jugé / ne peut prévoir la réaction du professionnel (9) Manque de chaleur / écoute / empathie (3) Expérience négative par le passé (3) Manque de conscientisation des professionnels (3) Inconfort de professionnel (2) Méfiance (2)

Parmi les raisons les plus fréquemment rapportées pour expliquer ce malaise, on trouve la peur d'être jugé, rejeté ou traité différemment par les professionnels de la santé.

Simple peur d'être jugée. Mon orientation ne paraît pas dans mon apparence (enfin je crois) et ça surprend parfois. (femme trans et bisexuelle, 31 ans)

Simplement car je crains la réaction de celle-ci [la médecin de famille], comme elle me connaît depuis que je suis très jeune, j'ai peur que son attitude soit différente envers moi suite à cette annonce. (lesbienne, 25 ans)

Faire son coming out à un professionnel de la santé n'assure pas qu'il va t'accepter et qu'il ne va pas essayer de ramener tous tes problèmes à ton homosexualité en essayant de te dire que c'est ça le problème et qu'il faut changer. [...] C'est donc stressant de faire un coming out à un professionnel, on ne sait jamais comment il va réagir et s'il est ouvert d'esprit. (homme trans et gai, 29 ans)

D'autres raisons associées au malaise à discuter de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre sont le manque d'habitude à parler de son orientation sexuelle ou de son identité de genre de façon générale, associé à la crainte des réactions, mais aussi, dans certains cas, un questionnement personnel sur les dimensions identitaires.

J'étais légèrement mal à l'aise à cause de mon manque d'habitude de parler de mon orientation sexuelle, mais également à cause de ma difficulté à définir mon orientation sexuelle en fonction des standards hétérosexuels/homosexuels. Cette difficulté à me définir et à exprimer clairement ce que je ressens, ce que je désire et comment je me perçois contribuait également à accentuer ce malaise. (lesbienne et trans, 35 ans)

Je ne suis pas à l'aise de discuter de mon orientation avec un inconnu. (homme homosexuel, 46 ans)

Avant d'aborder le sujet, je n'étais pas très à l'aise car c'était la première fois où je discutais de mon orientation avec un professionnel de la santé et j'avais un peu peur de la réaction de celui-ci. Étant donné que cela s'est bien passé et que ma vision de mon orientation a également évolué, je crois que je serais davantage à l'aise à le faire à l'avenir. (homme gai, 34 ans)

Certains répondants rapportent que leur malaise s'explique par le manque d'ouverture ou le conservatisme des professionnels de la santé, les craintes en rapport avec la confidentialité, un sentiment de discrimination, un manque de connaissances sur les personnes LGBT de la part des prestataires de soins ou l'hétéronormativité. Ces difficultés peuvent entraîner une fermeture de la part de l'utilisateur à discuter de son orientation sexuelle.

Médecin de famille n'ayant jamais montré d'ouverture à cette question, relation peu personnelle avec lui, proximité avec des membres de ma famille qui ne sont pas au courant de mon orientation sexuelle, clinique de médecine dans un petit village. (femme bisexuelle, 25 ans)

Mon médecin de famille n'est pas sympathique et n'a jamais été à l'écoute pour moi. Elle a refusé de me prescrire des antidépresseurs alors que le psychiatre a dit que j'avais un peu trop attendu [...] Quand je suis allée la voir pour ma dépression, elle m'a demandé si j'avais un chum. J'ai dit non.

Quand j'ai sorti mon agenda devant elle, avec plusieurs collants du Gay-flag et des giga NON À L'HOMOPHOBIE dessus, elle n'a même pas compris et a continué à me parler de chum... Ça m'a coupé l'envie de lui partager mes problèmes d'orientation sexuelle. (lesbienne, 21 ans)

Parce qu'ils prétendent obligatoirement que nous sommes hétérosexuelles sans même se poser de question et lorsqu'on leur dit, souvent, ils ne sont pas informés des vrais risques engendrés par les pratiques homosexuelles féminines. (lesbienne, 54 ans)

5.2.5.3 Déterminants de la qualité des expériences de soins

Dans cette section, nous présentons les thèmes qui se dégagent de l'analyse de contenu thématique des réponses ouvertes au sujet des expériences de soins au sein des services de santé.

5.2.5.3.1 Déterminants des expériences de soins positives

Le tableau 16 ci-dessous présente les thèmes associés à des expériences positives ou satisfaisantes selon les types de consultations. La majorité des expériences décrites par les personnes répondantes sont positives ou satisfaisantes selon les types de sources de soins.

Tableau 16 : Expériences positives ou satisfaisantes

Professionnels du CSSS Jeanne-Mance	Médecins de famille	Professionnels de la santé en général
Expériences positives (33/47) Ouverture / Non-jugement (14) Accueil (13) Politesse (7) Écoute (6) Connaissances sur les LGBT (6) Empathie (5) Confiance (5) Respect (3)	Expériences positives (92/116) Ouverture / Non-jugement (49) Respect (43) Écoute (24) Empathie (21) Politesse (16) Accueil (15) Connaissances sur les LGBT (13) Confort (9) Professionnalisme (9) Conseils (2)	Expériences positives (185/252) Ouverture / Non-jugement (52) Respect (70) Écoute (46) Politesse (38) Accueil (50) Empathie (45) Connaissances sur les LGBT (19) Aidant (8) Confort (5)

Le premier nombre placé à droite de l'expression « Expériences positives » représente le nombre total de ce type d'expériences issu d'un premier codage de l'ensemble de chacune des réponses ouvertes. Les autres chiffres entre parenthèses présentés au-dessous représentent le nombre de segments de texte issus d'un deuxième codage et qui correspondent à chacun des thèmes dans les réponses ouvertes.

L'ouverture, le non-jugement, le respect, l'accueil, l'écoute et l'empathie sont plus fréquemment rapportés comme les qualités recherchées ou des attentes importantes relativement à l'interaction entre l'utilisateur et le professionnel, et ce, pour les trois types de consultation. Les extraits suivants en témoignent.

Je me souviens de l'attitude très empathique et chaleureuse de l'infirmière. Elle a été à l'écoute, ouverte, très positive. (femme queer, 30 ans)

Je n'ai jamais senti que mon orientation sexuelle et mon statut VIH positif causaient un malaise à qui que ce soit au CSSS. (homme gai, 34 ans)

They were nurturing, open, respectful and listened well. This person is accepting and encouraging when the discussion was about sexual orientation and gender expression. (homme bispirituel, 24 ans)

Recently the discussion had to do with suicidal thoughts due to how my family reacted to my sexual orientation, so this is why I was nervous. My doctor is accepting and welcoming of my sexual orientation and my partner. (femme bisexuelle, 23 ans)

[...] My doctor knew that me and my partner were lesbians and it was well accepted by my doctor. [...] I am currently seeking counseling with a social worker and she is very open when I discuss relationships with my partner. I feel very comfortable when speaking with her and she is very empathetic, gives me a lot of respect and is very professional. (lesbienne, 47 ans)

Le fait que les professionnels de santé possèdent de bonnes connaissances au sujet des réalités et des besoins en matière de santé des personnes LGBT apparaît également comme déterminant des expériences de soins positives.

Depuis 2005 que je suis avec mon médecin à la clinique [nom de la clinique]. Je suis allé voir ce médecin à cause de sa connaissance sur la transsexualité. L'accueil était superbe, le respect présent et une approche humaine, très professionnelle. (lesbienne et transgenre, 55 ans)

The doctor was well aware of what transgender means and he knew about hormones and surgery. He was very friendly and informed. He has been my family doctor since I was 10 years old so he knew me before my gender transition and afterwards. (lesbienne et trans, 23 ans)

Elle avait une bonne connaissance des pratiques sexuelles entre hommes gais et des comportements à risques. (homme gai, 29 ans)

Les expériences positives de soins semblent aussi associées au développement d'un lien de confiance entre les professionnels de la santé et les usagers LGBT, comme en témoignent les extraits suivants.

J'ai discuté de mon orientation sexuelle à l'âge de quinze ans. Je me suis sentie très à l'aise et [le professionnel était] à l'écoute de mes problèmes. Une chose est certaine, ça m'a aidée. Ses conseils m'ont permis d'avancer dans ma vie. Je me suis sentie à l'aise et en confiance. (femme bisexuelle, 30 ans)

Lorsque j'ai vécu une dépression et qu'elle [la médecin] me l'a diagnostiquée, nous avons discuté aussi d'anxiété, de mon parcours scolaire et d'homophobie. Cette médecin est toujours empathique, à l'écoute et agit avec respect et professionnalisme. Je lui fais beaucoup confiance. (femme queer, 24 ans)

Ma docteure fut très ouverte et disponible. Elle ne manifeste pas de préjugés ni de propos homophobes lors de nos rencontres. Une confiance mutuelle est installée. (lesbienne, 34 ans)

Les témoignages suivants décrivent d'autres dimensions qui déterminent une expérience de soins positive, soit la non-présupposition de l'orientation sexuelle et l'utilisation de termes appropriés par les professionnels.

Le médecin n'a pas présupposé de mon orientation sexuelle, il a posé des questions pour vérifier. (homme Queer, 36 ans)

L'infirmière n'a pas présumé de mon hétérosexualité et m'a demandé le sexe de mes partenaires sexuels. (homme gai, 24 ans)

Elle m'a demandé si j'avais un chum, j'ai dit que non, que j'étais en relation avec une femme. Elle m'a dit qu'elle avait l'habitude de demander si les gens avaient un chum ou une blonde, mais qu'elle devrait prendre l'habitude de demander si les gens ont un partenaire pour éviter de discriminer. (lesbienne, 29 ans)

On retrouve également des propos concernant le fait que le professionnel soit une personne LGBT, notamment le fait d'avoir la même orientation sexuelle que le professionnel, ce qui faciliterait l'interaction au niveau de l'aisance ressentie par l'utilisateur.

La discussion s'est bien déroulée. Mon médecin de famille étant lui-même gai, il n'y avait pas de malaise. (homme gai, 31 ans)

5.2.5.3.2 Déterminants des expériences de soins plus difficiles ou insatisfaisantes

Le tableau 17 présente les thèmes associés à des expériences de soins plus difficiles ou insatisfaisantes. Il apparaît que les expériences de soins difficiles sont rapportées dans une proportion moindre. Sept expériences sur un total de 47 (14,8 %) sont plus difficiles ou insatisfaisantes telles que décrites par les usagers du CSSS Jeanne-Mance. Il en va de même pour les deux autres types de consultation : médecins de famille (12 sur un total de 116 soit 10,3 %) et professionnels de la santé en général (33 sur 252 soit 13,1 %). Certaines consultations dites « mixtes » comprennent à la fois des éléments satisfaisants (p. ex. bon accueil, politesse, habiletés) et d'autres aspects plus difficiles ou insatisfaisants. Les proportions de ce type d'expérience sont respectivement de 14,8 % pour les usagers du CSSS Jeanne Mance, 10,3 % pour les personnes LGBT ayant accès à un médecin de famille et 13,5 % pour ceux et celles qui ont décrit une consultation avec un professionnel de la santé en général.

Tableau 17 : Expériences plus difficiles ou mixtes

Professionnels du CSSS Jeanne-Mance	Médecins de famille	Professionnels de la santé en général
Expériences plus difficiles (7/47) Connaissances sur les LGBT (5) Ouverture — Non-jugement (3) Confiance (3) Chaleur (2) Empathie (2)	Expériences plus difficiles (12/116) Connaissances sur les LGBT (8) Ouverture — Non-jugement (3) Empathie (2) Inconfort et position ambiguë du médecin (2) Professionnalisme (1)	Expériences plus difficiles (33/252) Connaissances sur les LGBT (26) Ouverture — Non-jugement (17) Confort (8) Empathie (7) Écoute (4) Malaise/dégoût des professionnels (5) Respect (3) Accueil (1) Politesse (1)
Expériences mixtes (7/47)	Expériences mixtes (11/116)	Expériences mixtes (34/252)

Le premier nombre placé à droite de l'expression « Expériences plus difficiles » représente le nombre total d'expériences insatisfaisantes issu d'un premier codage de l'ensemble de chacune des réponses ouvertes. Les autres nombres entre parenthèses présentés dans ce tableau représentent le nombre de segments de texte issus d'un deuxième codage et correspondent à chacun des thèmes dans les réponses ouvertes (p. ex. connaissances sur les LGBT jugées insatisfaisantes par les participants : 26 segments codés dans l'ensemble des 33 réponses ouvertes à propos de l'expérience plus difficile ou insatisfaisante avec un professionnel de la santé en général). Le nombre d'expériences mixtes est indiqué en bas de chaque colonne.

Parmi les éléments d'insatisfaction associés aux expériences plus difficiles ou mixtes, les plus fréquentes réfèrent au manque de connaissances ou à la nécessité d'informer ou d'éduquer le professionnel à propos des besoins ou des réalités des personnes LGBT.

À aucun moment, on ne m'a expliqué qu'il y avait aussi des moyens de se protéger durant les relations avec des femmes. À ce jour, je ne suis pas plus éclairée sur le sujet. (lesbienne, 35 ans)

La rencontre s'est très bien déroulée concernant l'accueil et la politesse. Toutefois, j'ai été étonnée de me faire dire qu'il n'y avait aucun risque que j'attrape une ITSS puisque je ne couche qu'avec des filles. Ce que je sais être faux. J'ai dû insister pour obtenir un test de dépistage au niveau de la culture buccale. (lesbienne, 22 ans)

Mon médecin est une personne agréable, qui voit plusieurs personnes trans, c'est probablement la meilleure généraliste que j'ai vue. J'ai quand même l'impression que je dois convaincre et éduquer au sujet du traitement hormonal. (femme queer et trans, 29 ans)

En plus du manque de connaissances ou d'habiletés, les expériences négatives de soins se rapportent au jugement ou à la démonstration d'un manque d'ouverture de la part du professionnel selon la description qu'en donnent certains participants. Ces expériences négatives peuvent entraîner en conséquence, un malaise chez l'utilisateur ou une fermeture quant à son orientation sexuelle ou son identité de genre pour les consultations à venir.

Suivi gynécologique : très mauvais. Commentaires déplacés (« c'est bien dommage pour les hommes ») [que je sois en relation avec une femme]. Jugement sur les couples de même sexe comme éventuels parents. (femme queer et trans, 33 ans)

[...] Une incompréhension totale de ma situation (femme en relation avec une femme qui avait eu une relation sexuelle désirée avec un homme). J'ai senti des jugements tout établis, un petit manque d'écoute, et de la surprise, exprimée d'une façon qui m'a mise mal à l'aise. (femme queer, 30 ans)

J'ai vécu l'accouchement de ma dernière conjointe (il y a plus de 4 ans) et le personnel n'était pas du tout habileté à cette réalité. J'ai eu droit à des questions très déplacées, à mon avis. Et beaucoup de questions sur le père, alors qu'il s'agissait d'une insémination. (lesbienne, 40 ans)

En 5 minutes de discussion, ma médecin de famille m'a convaincue de ne plus jamais lui parler de quoi que ce soit d'intime. Malaisant à fond (lesbienne, 18 ans).

L'absence de signes d'ouverture aux personnes LGBT dans l'environnement et la présomption de l'orientation sexuelle sont des raisons justifiant une insatisfaction à l'égard des services rapportée à plusieurs reprises parmi les participants.

J'ai « essayé » d'aborder la question avec mon gynécologue. Très mauvaise expérience. Pas ouvert à prendre le temps de discuter. Aucun signe LGBT, le personnel supposait que j'étais hétéro. [...] J'ai attendu l'année d'après pour aborder le sujet, du bout des lèvres. Encore aujourd'hui, il me demande toujours si j'ai « un petit chum » à chaque rendez-vous. (femme bisexuelle, 24 ans)

Il a tout simplement répondu : « Oui, mais vous avez sûrement déjà dû coucher avec un homme? », ce que j'ai trouvé particulièrement hétérosexiste et non approprié. (femme bisexuelle, 26 ans)

Certaines expériences font état d'une impression de jugement réel ou anticipé en ce qui a trait au dépistage des ITSS, ce qui peut entraîner une fermeture de la part de l'utilisateur pour des consultations futures.

J'ai demandé à faire des tests de dépistage. Elle m'a parlé de manière assez rude et me demandait quels risques j'avais pris. J'ai été surpris de sa réaction, étant donné qu'elle était une professionnelle de la santé. Elle m'a fait la leçon face à mes pratiques sexuelles [...]. Je savais [pourtant] que j'avais eu des pratiques sécuritaires, seulement, les gens peuvent être parfois malhonnêtes... (homme homosexuel, 24 ans)

J'étais craintive par rapport au jugement que l'infirmière pourrait porter sur mes comportements. (femme trans, bisexuelle, 31 ans)

Pour le dépistage, je me suis sentie très jugée dans mes comportements et mon orientation. Je me suis sentie mise dans une catégorie parce que je n'avais pas coché bisexuelle sur le questionnaire d'accueil, mais mentionné avoir eu des rapports avec des femmes, la médecin m'a regardée en me disant : « c'est ça, la bisexualité! » Hum, zéro professionnalisme. (femme bisexuelle, 28 ans)

C'est parmi les personnes trans qu'on retrouve la proportion la plus élevée de consultations jugées insatisfaisantes. Les insatisfactions touchent à plusieurs aspects : critères d'admission, refus de prodiguer des soins en référant à d'autres services, malaise apparent des professionnels face à l'expression de genre. Tous ces éléments peuvent compromettre l'établissement d'un lien de confiance nécessaire à la qualité des soins souhaitée par les usagers.

La psychoéducatrice du CLSC a été très respectueuse et sa contribution a été utile. Toutefois, pour obtenir le rendez-vous, il ne fallait pas mentionner que la transidentité faisait partie du contexte. (femme trans et hétérosexuelle, 59 ans)

Assez bien, la médecin était bien contente de simplement me faire une prescription pour voir un endocrinologue et ainsi « passer la puck » à quelqu'un d'autre. Elle ne semblait pas super à l'aise avec la notion de transition hormonale. (non disponible)

Cela a très bien été jusqu'à ce que je lui dise que je voulais une transition sexuelle et que j'avais besoin d'aide là-dedans. Après, elle m'a dit qu'elle ne pouvait rien faire pour moi. Que je devais trouver par moi-même quelqu'un pour m'aider. Ce fut très désagréable. (femme trans, hétérosexuelle, 24 ans)

In my experience, almost all the male doctors I have seen in walk-in clinics [...] have acted very uncomfortably in response to my sexual identity and history, and/or to my body (my leg and arm pit hair). It makes me miserable. I want to be able to trust these people, and they clearly hate or dislike my body. It's a horrible feeling, because I am depending on them for care. (femme bisexuelle, 30 ans)

5.2.5.4 Interaction entre les professionnels et les usagers

Les participants étaient invités à fournir une évaluation de leurs interactions avec les professionnels de la santé au sein des services sociaux et de santé. Le tableau 18 ci-dessous indique le nombre de segments de texte dans les réponses ouvertes associés aux divers thèmes dans les commentaires.

Tableau 18 : commentaires sur les professionnels ou les services

CSSS Jeanne-Mance	Professionnels de la santé en général
Satisfaits (31) Méconnaissances des LGBT – hétéronormativité (7) Problèmes d'accès – temps d'attente – médecin de famille (6) Neutre (5) Très insatisfaits – fort mécontentement (3)	Satisfaits (49) Hétéronormativité – Hétérosexisme des professionnels (33) Services inappropriés – manque de connaissance et de soutien pour personnes queer trans (18) Homophobie – jugement, préjugés – ambivalence (16) Insatisfaction – discrimination (12) Difficultés d'accès (8) Manque d'information des professionnels (7)

L'analyse de contenu révèle d'abord un nombre relativement important d'usagers satisfaits.

I have had nothing but positive reactions when discussing my sexuality with health and social service people. (lesbienne, 46 ans)

J'ai la très grande chance d'être suivie : psychologue, endocrinologue et médecin de famille, très connaisseurs dans le domaine de la transidentité, ça fait toute la différence. (femme trans et bisexuelle, 51 ans)

Je n'ai jamais eu un manque de respect ou de professionnalisme des professionnels que j'ai rencontrés. (femme gaie, 28 ans)

Parmi les participants qui ont indiqué des motifs d'insatisfaction, l'hétéronormativité — l'hétérosexisme des professionnels ou le manque de connaissances sont les thèmes qui y sont le plus fréquemment associés.

De manière générale, les médecins ne s'intéressent pas à l'orientation sexuelle d'une personne, et assument trop souvent que vous êtes hétérosexuelle quand vous êtes une femme. J'ai déjà dit à un médecin avoir eu une relation avec une autre femme car elle était non protégée et que j'avais des inquiétudes et les « dangers » potentiels de cette relation ont été complètement banalisés. (femme queer, 32 ans)

Oui, trop souvent les médecins ou les infirmières, en dehors du CLSC [nom], présument que mon partenaire est un homme et que je n'en ai qu'un seul. Il faut que je leur explique pourquoi je ne me protège pas durant les relations sexuelles. (lesbienne, 26 ans)

In general, people working in health and social services assume that I am straight. When I explain that I am queer, they have all pretty much responded neutrally or affirmatively. However, when I explain that my partner is trans, then all the "teach-me" or "I'm-curious" kind of questions come out, even though me being queer has nothing to do with my partner being trans and vice versa. (homme queer, 36 ans)

Il y a aussi des médecins qui se servent de la transidentité de leurs patients pour leur refuser des services qui seraient autrement octroyés à d'autres usagers du système, sous prétexte qu'ils n'ont « pas les compétences nécessaires » pour traiter une personne trans. [...] Il n'y a pas de compétences spéciales nécessaires pour prendre le pouls ou mesurer le poids d'une personne trans, voyons! (femme trans et lesbienne, 25 ans)

D'autres motifs d'insatisfaction sont le fait d'avoir vécu diverses formes d'homophobie, la peur d'être discriminé ou de faire face à des préjugés de la part des prestataires de soins.

Toujours difficile d'évaluer la véritable compréhension du personnel. C'est souvent une réplique surprise qui nous fait voir le manque de connaissances ou la lesbophobie sous-jacente, malgré la bonne volonté. (lesbienne, 57 ans)

Le personnel du réseau de la santé est rarement à l'aise avec les minorités sexuelles et c'est bien dommage. Je connais plusieurs lesbiennes qui habitent dans [lieu] et aucune ne l'a dit à son médecin, même si certaines s'affirment dans leur milieu. Elles ont peur de vivre des discriminations et si j'accorde foi à ce que certaines racontent, elles ont raison de ne rien

dire. Car même si l'homophobie est condamnée et que le personnel du réseau le sait, il y a toujours des gens qui croient, encore aujourd'hui, qu'ils ont le droit de juger les membres de la communauté LGBT. Il suffit de voir les réactions qu'a suscitées la dernière campagne du gouvernement du Québec. (lesbienne, 48 ans)

Les gens peuvent présenter une certaine ouverture aux réalités LGBT, mais je sens très bien qu'ils ou qu'elles ont une foule de préjugés cachés derrière des questions, des commentaires, des gestes non verbaux. (homme gai, 34 ans)

Enfin, certains motifs d'insatisfaction sont relatifs aux préjugés liés à la non-conformité au genre, aux préjugés sur la bisexualité et sur les familles homoparentales.

My family doctor is amazing. The majority of other doctors and nurses who have treated me seem bewildered at best that a woman would not shave her legs, and don't seem to understand how a woman can be bisexual and be in a committed relationship with a man. It is humiliating and depressing to feel silenced and erased in this way, or, in the worst cases, to feel so judged. (femme bisexuelle, 30 ans)

Comme parents homos, difficiles de se présenter aux services de santé sans se faire poser 2000 questions de la part de la secrétaire médicale jusqu'à la Dre qui soigne nos enfants sur notre situation de famille homoparentale. Nous apprécions l'intérêt des gens face à notre situation, mais en même temps, aimerions nous sentir « NORMAUX », que nos enfants se sentent également normaux, puisqu'ils le sont et nous le sommes tous. (homme homosexuel, 36 ans)

La dernière expérience que j'ai eue avec un médecin [...] au sujet de la procréation assistée avec ma conjointe fut la pire de ma vie, mais elle n'est pas représentative au niveau du degré d'oppression que j'ai vécu dans les autres interactions médicales. (femme queer, 24 ans)

5.3 Suggestions pour l'amélioration des services

La dernière section du questionnaire permettait aux répondants de formuler leurs suggestions pour l'amélioration des services. Le tableau 19 ci-dessous présente une compilation des améliorations suggérées.

Tableau 19 : Suggestions pour l'amélioration des services

CSSS Jeanne-Mance	Professionnels de la santé en général
Formation régulière du personnel sur les LGBT (10) Ne pas présumer de l'orientation sexuelle (2) Prescription d'hormones (2) Permettre aux trans d'utiliser le prénom de leur choix lors de l'admission (2) Groupes de soutien (2) Suivi médical/psychologique des personnes trans (1) Plus d'affiches sur la diversité (1)	Former/sensibiliser le personnel pour une intervention adaptée (54) Inclure sensibilisation aux réalités LGBT dans les programmes de formation (universitaire et à l'interne) (23) Ne pas présumer de l'orientation sexuelle – combattre l'hétérosexisme (38) Recommandation générale : améliorer l'accès aux soins, réduire le temps d'attente (20) Plus d'affichage – information sur les LGBT (15) Modifier les formulaires et les questionnaires (9) Plus de services pour les personnes trans – hormonothérapie, ne pas refuser des soins (4) Mieux identifier les lieux LGBTIQ-friendly (3)

Les suggestions les plus fréquentes ont trait à la formation et la sensibilisation des intervenants par le biais des programmes de formation collégiale et universitaire ou dans la formation continue. Certains répondants font référence à la formation « *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* » offerte par l'Institut national de santé publique comme un exemple de formation qui devrait être fournie de manière systématique au personnel dans les établissements de santé.

Je crois qu'une formation comme « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité » devrait être obligatoire dans la formation des professionnels de la santé et des services sociaux. Elle devrait aussi être obligatoire pour le renouvellement du permis d'exercer de ceux qui sont déjà sur le marché du travail. (homme gai, 34 ans)

Je crois qu'il serait indiqué que la formation « Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles et bisexuelles » et « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité » offerte par l'Institut national de santé publique du Québec devrait être obligatoire pour tout le monde sans exception. Du médecin à la retraite, qui comble les vacances ou les remplacements à la nouvelle jeune médecin qui te tâte du bout des doigts lorsqu'elle sait. De la travailleuse sociale ou de l'infirmière en CHSLD, à la responsable de la périnatalité ou à la préposée aux bénéficiaires en oncologie. Tout le monde, un jour, intervient auprès d'une personne de la communauté LGBT. (lesbienne, 48 ans)

Plusieurs répondants soutiennent que des activités de formation devraient viser à sensibiliser le personnel à l'importance de la non-présomption de l'orientation sexuelle, à l'utilisation de termes appropriés et à démystifier les réalités des familles homoparentales.

Please caution health workers (nurses, doctors, orderlies, anyone) AGAINST assuming the sex of someone's partner. Heteronormativity sucks! (femme homosexuelle, 21 ans)

J'aimerais que les intervenants soient plus inclusifs de la diversité dans leur manière d'aborder les gens (Ex : Êtes-vous en couple? Fréquentez-vous quelqu'un? Avez-vous des partenaires sexuels?) plutôt que d'attribuer une orientation prédéfinie. Il serait peut-être bien que le personnel du réseau de la santé ait une formation obligatoire quant aux diversités sexuelles. (lesbienne, 25 ans)

Please, please, please educate nurses and doctors about bisexuality and about women's body hair being a normal and hygienic thing. There are non-queer women who also do not shave, and it is not a sign of mental illness. This should not be so hard to understand, especially for health professionals who must deal with people of all bodies and orientations. (femme bisexuelle, 30 ans)

Former le personnel sur l'importance d'adopter un vocabulaire inclusif et sur les réalités des personnes LGBT. (femme queer, 27 ans).

Ne pas penser que tous les enfants viennent avec un papa et une maman. Il y a plusieurs types de familles. À la visite de l'hôpital pour la naissance du bébé, l'infirmière ne cessait de répéter le papa, le papa, le papa. (lesbienne, 29 ans)

D'autres répondants soulignent la nécessité d'améliorer la formation et l'ouverture du personnel aux réalités des personnes trans.

Mandatory extensive training on sexual orientation, gender identity and expression, and transition for all health professionals as a condition of graduation and licensing. (femme gaie, 32 ans)

Former le personnel afin de favoriser l'ouverture aux différences qu'ils peuvent rencontrer. Dans mon cas, je n'ai pas eu de problème en tant que tel, mais avec ma copine qui est en [transition], c'est une autre paire de manches. Je sens que l'ouverture est moins là, autant dans le milieu de clinique [...] que dans les hôpitaux. C'est une réalité qui mérite d'être approfondie et étudiée par le personnel afin de favoriser l'ouverture. (femme bisexuelle, 25 ans)

I think educating individuals who are working in health care about queer issues, and encouraging individuals to know more information about sexuality, its fluidity, as well as experiences that trans people may go through. It would also be important for health care providers to become more aware of how they ask questions and how to discuss safer sex practices, sexuality, and gender experiences. (femme queer, 25 ans)

Finalement, plusieurs répondants suggèrent de prendre des mesures pour créer un environnement plus accueillant qui comprend des signes d'ouverture aux réalités des personnes LGBT, qu'il s'agisse de formulaires adaptés ou d'affichage.

Bien que mon expérience au Centre de reproduction du [nom] a été très positive avec le personnel, l'ensemble de la documentation remise et des tests prescrits au début de la démarche ne font jamais mention de la possibilité qu'une patiente puisse être en relation avec une autre femme. Il est systématiquement fait référence au conjoint et à différents tests qu'il doit subir de son côté, mais nulle part il n'est mentionné si la partenaire féminine d'une patiente doit passer un quelconque test (par exemple MTS,

ce que le conjoint doit passer). Un appel au service d'information a plutôt [laissé] bouche bée les préposés aux renseignements, qui se sont toutefois montrés respectueux et ont fait le nécessaire pour trouver une réponse. Ce décalage entre la documentation fournie et le reste du service offert est curieux. Lorsqu'on a affaire au personnel soignant, il est pourtant manifeste qu'ils sont habitués de traiter avec une clientèle gaie et cela ne les intimide pas du tout. (femme bisexuelle, 35 ans)

Le simple fait de parler plus de l'homosexualité fera en sorte que les gens seront plus à l'aise avec cette orientation. C'est un travail à long terme selon moi. Plus de publicités qui font preuve d'ouverture d'esprit à ce sujet peuvent toujours aider. (lesbienne, 25 ans)

Mettre des affiches de sensibilisation dans la salle d'attente peut aider. (homme homosexuel, 28 ans)

Davantage de visibilité (affiches, dépliants, symboles, etc.), qui sera remarquée par les gens concernés. (lesbienne, 31 ans)

SECTION 6 - DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les objectifs de cette recherche étaient formulés comme suit : 1) documenter les pratiques spécifiques développées par l'établissement de santé à l'étude pour mieux répondre aux besoins des personnes LGBT, 2) mesurer l'adéquation des services en fonction des sous-groupes parmi cette population et 3) proposer des recommandations pour l'amélioration des services de santé. Dans cette section, nous allons tenter de dégager une compréhension des résultats saillants de cette recherche à la lumière des données narratives des répondants et de la littérature sur l'accès aux soins de santé pour les personnes LGBT.

6.1 Les pratiques spécifiques du CSSS Jeanne-Mance

Les pratiques spécifiques identifiées au sein du CSSS Jeanne-Mance témoignent d'une longue expérience d'intervention auprès des personnes LGBT. La présence du Comité santé des minorités sexuelles (CSMS) au sein de l'établissement depuis une dizaine d'années démontre une préoccupation à l'égard des enjeux rencontrés par les minorités sexuelles. Les actions de ce comité sont favorables à l'adaptation des services sociaux et de santé aux besoins des personnes LGBT au sein du CSSS Jeanne-Mance. En effet, au cours des années, le CSMS a réalisé de nombreuses activités de sensibilisation et de formation du personnel sur des thématiques relatives à la santé des personnes LGBT. Il est également à noter que ce comité a soutenu la réalisation de la présente recherche.

De plus, le CSSS Jeanne-Mance a développé des interventions ciblant les personnes LGBT. Dans son mandat de responsabilité populationnelle vis-à-vis des clientèles particulièrement vulnérables au VIH et aux ITSS de son territoire, l'établissement a assuré le déploiement des services de dépistage et de prévention au sein des lieux de socialisation et du réseau communautaire fréquentés par les personnes LGBT. Ce travail de proximité permet notamment de rejoindre les sous-groupes marginalisés.

Il ressort toutefois de notre étude qu'il demeure nécessaire de mettre en place des actions spécifiques pour mieux répondre aux besoins des lesbiennes et des personnes bisexuelles et trans ainsi que de prendre en compte d'autres réalités existantes sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance comme celle des jeunes de minorités sexuelles en situation d'itinérance.

6.2 Mesurer l'adéquation des services en fonction des sous-groupes parmi les personnes LGBT

Portrait sociodémographique et état de santé autoévalué

Le profil sociodémographique des participants (âge, niveau de scolarité, revenu, etc.) à la présente étude est similaire à celui d'autres enquêtes, notamment l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), ce qui suggère qu'il y a peu de biais majeurs relativement à ces caractéristiques sur le plan de l'échantillonnage. Dans l'échantillon total de 736 personnes répondantes, les hommes et les femmes sont représentés à parts à peu près égales et 8,7 % sont des personnes trans. 77 % des personnes répondantes se définissent comme gaies, homosexuelles ou lesbiennes, 15 % bisexuelles et 8 % emploient d'autres termes (p. ex. *queer*).

L'état de santé autoévalué des répondants est également similaire à celui de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Tjepkema, 2008). Par exemple, la proportion des répondants LGB déclarant un état de santé général autoévalué excellent ou très bon est de 65,1 % dans la présente étude et de 63,1 % dans l'ESCC (Chamberland et coll., 2012). Toutefois, les répondants de notre étude sont proportionnellement moins nombreux à souffrir de maladies chroniques diagnostiquées par un professionnel de la santé (42 % vs 54,2 %). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'âge moyen des répondant.e.s se situe à 36 ans.

Utilisation des services de santé

Il apparaît que plus de la moitié des 477 répondants de la région de Montréal n'utilise pas les services du CSSS Jeanne-Mance. Cette tendance se maintient également pour le reste de l'échantillon avec une forte proportion qui ne rapporte aucune utilisation lors de l'année antérieure pour des sources de soins situées dans d'autres régions du Québec. Par ailleurs, une proportion de 16,3 % de l'ensemble des répondants déclare un besoin de santé non satisfait au cours de l'année précédant l'étude. Cette proportion est similaire à celle de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, ce qui permet par ailleurs d'établir un comparatif par rapport au reste de la population. En effet, selon l'ESCC, la proportion de répondants déclarant un besoin de santé non satisfait est de 18,8 % pour les personnes LGB en moyenne (28,6 % parmi les femmes bisexuelles) comparativement à 12,9 % dans la population hétérosexuelle (Tjepkema, 2008). L'utilisation des services de santé et les besoins de santé non comblés constituent deux indicateurs d'inégalités sociales de santé (Mulé et al., 2009; IOM, 2008).

La principale raison rapportée par les répondants justifiant la sous-utilisation des services de santé du CSSS Jeanne-Mance est le fait de ne pas résider sur le territoire desservi par l'établissement (44,7 %), suivie du fait de ne pas connaître les services du CSSS Jeanne-Mance (36,15 %). Dans une proportion minime (5,2 %), la crainte de ne pas être bien accueilli détermine l'évitement de la source de soins. Toutefois, près d'un participant sur dix pour l'ensemble de l'échantillon (9,2 %) affirme avoir déjà évité de demander une consultation dans un service de santé en raison de son orientation sexuelle et 30 % en raison de sa transidentité. Ce serait dans cette mesure que l'orientation sexuelle et l'identité de genre constituent des facteurs sociaux et individuels déterminant le recours aux soins.

Les questions qualitatives permettent de mieux saisir la manière dont l'orientation sexuelle et la transidentité entrent en compte dans l'utilisation des services de santé. En effet, l'une des raisons fréquemment rapportées justifiant l'évitement des services en ce sens est le malaise avec l'orientation sexuelle ou la transidentité. D'autres facteurs relatifs à l'environnement sont également rapportés, notamment les mauvaises expériences antérieures de soins, la présomption de l'hétérosexualité ou le manque d'ouverture à l'égard de l'orientation sexuelle au sein de la source de soins et le refus de prodiguer les soins. Ces résultats sont cohérents avec les recherches antérieures. Par exemple, les résultats de l'enquête *Transpulse* menée auprès d'un échantillon de 433 personnes trans en Ontario indiquent que 21 % des répondants ont rapporté avoir évité des soins à l'urgence en raison de la perception que leur identité de genre nuirait à la rencontre et 52 % des répondants à la suite d'expériences négatives de soins se traduisant par un refus de prodiguer des soins ou d'utiliser le nom ou pronom de prédilection de l'utilisateur (Bauer et coll., 2014).

Les répondants de la présente étude qui utilisent les services de santé ont principalement recours aux soins médicaux et aux soins en santé sexuelle. Ce sont 55,3 % de ces répondants qui ont discuté de leur orientation sexuelle avec des prestataires de soins au sein du CSSS Jeanne-Mance. Une proportion assez similaire de répondants a déjà discuté de l'orientation sexuelle avec des intervenants de santé des autres sources de soins (48,4 %). Selon les données qualitatives des questionnaires, l'aisance à discuter de l'orientation sexuelle est principalement associée à des facteurs individuels de l'utilisateur, tels que la pleine acceptation de l'utilisateur quant à son orientation sexuelle ou transidentité. À l'inverse, la peur d'être jugé ou le manque d'habitude à parler de son orientation sexuelle ou de son identité de genre déterminent le malaise des usagers. Il en ressort que l'attitude des prestataires de soins (p. ex. respect, ouverture à la diversité sexuelle) ainsi que les habiletés de ces derniers à aborder des enjeux liés à la sexualité sont également des facteurs déterminants.

Satisfaction des usagers LGBT à l'égard des services du CSSS Jeanne-Mance

L'ensemble des scores de satisfaction à l'égard des services offerts par le CSSS Jeanne-Mance sont élevés, se situant de manière générale autour de 4 sur 5. Les répondants déclarent être globalement satisfaits des services offerts par le CSSS Jeanne-Mance. Les scores de satisfaction les plus élevés se rapportent aux indicateurs sur la qualité des services reçus et sur l'attitude des intervenants vis-à-vis des usagers des services, soit la politesse et le respect à l'égard de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre de l'utilisateur, la bonne compréhension de la situation de l'utilisateur et l'utilisation de termes appropriés.

Certains indicateurs reçoivent des scores plus faibles. La présence de signes d'ouverture (p. ex. affiches, documentation) à l'orientation sexuelle et sur l'identité de genre au sein des points de services est l'indicateur qui reçoit le score le moins élevé (2,86). Des scores faibles sont également rapportés pour la présomption de l'hétérosexualité, l'aisance de l'utilisateur à discuter de son orientation sexuelle ou de la transidentité avec les prestataires de soins rencontrés et pour l'adaptation des services aux besoins des usagers des minorités sexuelles. De plus, bien que ces différences ne soient pas significatives statistiquement, on observe que les femmes lesbiennes et bisexuelles ainsi que les personnes trans dans l'ensemble accordent des scores moyens encore plus faibles à ces dimensions de même que pour l'ensemble des énoncés du questionnaire.

Satisfaction des usagers LGBT à l'égard des services de santé obtenus dans d'autres sources de soins

Les scores de satisfaction pour les services offerts au sein d'autres établissements de santé sont élevés pour plusieurs indicateurs se situant pour une majorité au-dessus de 3 sur 5. Les répondants se disent globalement assez satisfaits des services de santé

reçus. Les scores de satisfaction les plus élevés sont pour les indicateurs sur la qualité des services de santé et l'attitude des prestataires de soins vis-à-vis des usagers, soit la politesse, la confidentialité et le respect de l'utilisateur.

Toutefois, les scores les plus faibles sont rapportés pour les énoncés sur la présomption de l'orientation sexuelle, la présence de signes (p. ex. affiches, documentation) démontrant une ouverture à l'orientation sexuelle et à la transidentité au sein des points de services et l'adaptation des services aux besoins des personnes LGBT. Des différences statistiquement significatives sont observées entre les hommes et les femmes ainsi que pour les personnes trans comparées à l'ensemble des répondant.e.s non trans concernant les niveaux de satisfaction. Il apparaît que les femmes accordent des scores moins élevés que les hommes pour l'ensemble des énoncés, notamment pour les énoncés concernant la présomption de l'hétérosexualité, la présence de documents démontrant une ouverture à la transidentité et à l'orientation sexuelle, et l'utilisation des mots appropriés ainsi que l'aisance à discuter de l'orientation sexuelle. Des scores encore plus faibles sont accordés par les répondant.e.s trans pour l'ensemble des énoncés, notamment ceux relatifs à la présence de documents qui démontrent une ouverture à la transidentité, la présomption de l'hétérosexualité et le constat que les services sont adaptés aux besoins en tant que personne LGBT.

Ces résultats sur les niveaux de satisfaction permettent de tirer des conclusions quant au niveau d'adéquation des services. Premièrement, le CSSS Jeanne-Mance semble se démarquer positivement au niveau de l'adéquation des services, les scores de satisfaction attribués aux services du CSSS Jeanne-Mance étant globalement plus élevés que ceux des autres sources de soins dans l'ensemble. Par exemple, l'énoncé sur la satisfaction globale vis-à-vis des services obtient notamment un score de 4,16 pour le CSSS Jeanne-Mance alors que les autres sources de soins sont évaluées à un score de 3,78. Cette différence pourrait s'expliquer par l'expertise acquise par les professionnels du CSSS Jeanne-Mance en matière d'interventions auprès des minorités

sexuelles du fait de la proximité avec la population LGBT sur le territoire. En effet, les données des questionnaires révèlent que les répondants LGBT évaluent positivement les interactions avec les professionnels de santé du CSSS Jeanne-Mance. Par exemple, les scores de satisfaction liés à la bonne compréhension de la situation de l'utilisateur et à l'utilisation de termes appropriés sont plus élevés pour les services du CSSS Jeanne-Mance comparés aux autres sources de soins. De plus, les données qualitatives montrent que ce sont notamment les habiletés interpersonnelles des intervenants de santé, comme l'ouverture et le non-jugement de même que la connaissance des besoins des personnes LGBT et la non-présomption de l'hétérosexualité dans l'intervention, qui déterminent les interactions positives.

Deuxièmement, les femmes lesbiennes et bisexuelles et les répondant.e.s trans considérés distinctement indiquent des scores plus faibles comparés aux hommes non trans même si on note des différences moins importantes entre les sous-groupes quant à leur satisfaction des services du CSSS Jeanne-Mance. Les insatisfactions sont particulièrement rattachées à ce qui concerne la présomption de l'hétérosexualité, l'aisance de l'utilisateur à discuter de son orientation sexuelle ou de la transidentité avec les prestataires de soins rencontrés et pour l'adaptation des services aux besoins des usagers des minorités sexuelles. D'autres recherches établissent le constat que la satisfaction envers les services de santé serait moins bonne pour les lesbiennes et les personnes bisexuelles, et que ces dernières rapportent plus d'obstacles dans l'accès à des soins de santé adéquats (Tjepkema, 2008; Heck et coll., 2008; Ross et coll., 2010; Mayer et coll., 2008). L'étude de Mimeault (2003) met en lumière que cet écart serait relié au fait qu'un nombre très réduit de centres de santé au Québec ont déjà considéré d'adapter leur offre de services aux besoins particuliers en matière de santé des lesbiennes. Par ailleurs, les difficultés particulières rencontrées par les personnes trans dans l'accès et l'utilisation des services sociaux et de santé sont également rapportées dans d'autres recherches (Bauer et coll., 2014; Grant et coll., 2010).

Finalement, les données qualitatives des questionnaires permettent de comprendre que les expériences difficiles se rapportent à l'hétérosexisme. Rappelons notre définition de l'hétérosexisme comme l'ensemble des discours et des pratiques qui instituent une hiérarchie des sexualités, en considérant l'hétérosexualité comme la norme la plus acceptable socialement, tout en dénigrant, déniaient et stigmatisant les comportements, identités, relations et communautés non hétérosexuels (Chamberland, 2009; Herek, 1998). En effet, les motifs d'insatisfaction des répondants sont liés à la présomption de l'orientation sexuelle, au malaise des prestataires de soins face à l'expression de genre et au manque de connaissances médicales particulièrement sur les ITSS touchant les femmes et les soins entrant en compte dans la transition pour les personnes trans. D'autres motifs d'insatisfaction sont l'absence de signes démontrant une ouverture aux personnes LGBT dans l'environnement. La prédominance d'un modèle hétérosexiste dans l'organisation des soins de santé a été mise en évidence par Fish (2006).

Des recherches antérieures établissent également le constat selon lequel plusieurs professionnels de la santé posséderaient toujours des préjugés et un inconfort à l'égard des personnes des minorités sexuelles (Daley et coll., 2011; Grant et coll., 2010; Heck et coll., 2006). D'autres études observent en outre un manque de connaissances et de formation sur les besoins de santé des personnes LGBT chez plusieurs professionnels de la santé (Barbara et coll., 2007; Makadan et coll., 2008). Or, les expériences négatives de soins peuvent avoir comme conséquence un malaise chez l'utilisateur à divulguer son orientation sexuelle ou son identité de genre. Il peut en résulter des soins inappropriés ou inadéquats par rapport aux besoins en matière de santé des minorités sexuelles (Brotman et coll., 2007), ce qui favorise le maintien d'un cercle vicieux : la perspective de ne pas obtenir des soins appropriés à la suite de la divulgation de son orientation sexuelle incite à la non-divulgation, une situation qui peut priver encore plus les minorités sexuelles de soins adaptés. Les insatisfactions et les expériences négatives passées de consultations en santé viennent renforcer les inégalités observées entre les minorités sexuelles et la population hétérosexuelle en ce qui a trait à la santé.

6.3 Suggestions pour l'amélioration des services

Parmi les suggestions recueillies auprès des usagers LGBT pour l'amélioration des services, on retrouve principalement la nécessité de sensibiliser et de former le personnel aux réalités des personnes LGBT afin d'offrir une intervention adaptée, et ce, autant dans les programmes de formation universitaire que dans la formation continue. Les lacunes ont notamment été identifiées en ce qui concerne les connaissances médicales sur les ITSS pour les lesbiennes et bisexuelles et pour les besoins spécifiques des personnes trans notamment les protocoles de soins en hormonothérapie. La formation consisterait aussi à développer les habiletés communicationnelles des prestataires de soins afin de montrer une attitude positive et d'ouverture vis-à-vis des minorités sexuelles et à bâtir un lien de confiance. Les propos recueillis auprès des usagers rejoignent ceux des informateurs clés rencontrés quant à l'identification des éléments nécessaires à l'adaptation des services : un bon accueil, l'identification des besoins et le développement d'un lien de confiance, une bonne communication pour développer ce lien de confiance et l'aisance à parler de sexualité avec des clientèles variées, la non-présomption de l'orientation sexuelle ainsi que l'utilisation de termes et de techniques de communication appropriés afin d'établir le lien de confiance. Finalement, les participants soulignent l'importance de créer un environnement accueillant. Ce souhait peut se traduire concrètement par de l'affichage dans les salles d'attente, l'adaptation des formulaires d'admission et des questionnaires afin d'inclure les réalités des personnes LGBT.

Les guides de soins de santé primaires auprès des personnes LGBT abordent notamment la spécificité de l'accueil pour les personnes LGBT. À titre d'exemple, on souligne l'importance de créer un environnement favorable par des signes d'ouverture aux minorités sexuelles (affiches, dépliants ou autres supports d'information), d'utiliser des termes adéquats (p. ex. partenaire plutôt que copain ou copine), de ne pas présumer de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, de sensibiliser le personnel aux besoins spécifiques des sous-groupes parmi les minorités sexuelles, comme dans le cas

des personnes transgenres ou transsexuelles par exemple, en respectant le choix du prénom masculin ou féminin (Barbara et coll., 2007; Makadan et coll., 2008; Sherbourne Health Centre, 2009; ASSTeQ, 2012).

Plusieurs intervenants ont souligné l'importance de mettre sur pied des programmes ou des services spécifiques pour les personnes trans. La mise en place de programmes et services spécialisés pour les minorités sexuelles soulève des enjeux, principalement quant aux risques de stigmatisation envers cette clientèle et d'une ghettoïsation qui s'accompagnerait d'une déresponsabilisation des autres points de services. Une solution identifiée est celle de rassembler une équipe multidisciplinaire plus apte à développer une expertise. Une autre alternative mentionnée par les intervenants consisterait à créer des corridors de services officiels, par exemple en établissant des partenariats avec des cliniques spécialisées ou des organismes communautaires. Il importe de souligner que dans d'autres provinces comme l'Ontario, des services spécialisés existent pour les minorités sexuelles. À Toronto, le Sherbourne Health Centre (2009) offre une gamme complète de services adaptés aux clientèles LGBT : santé sexuelle, santé mentale, travail social, etc. Ce modèle peut servir lors de discussions au sujet de l'adaptation des services pour les personnes LGBT dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec (voir la section 8).

CONCLUSION

Cette recherche se proposait de fournir un portrait de l'état de situation au Québec en matière d'adéquation des services de santé aux besoins des personnes LGBT. Elle a également permis d'explorer la manière dont certains facteurs, comme les attirances, les comportements et l'orientation sexuelle autodéfinie de même que l'identité de genre, peuvent constituer des déterminants importants à considérer dans l'adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des personnes LGBT.

Trois constats se dégagent à l'issue de cette recherche. Premièrement, le CSSS Jeanne-Mance a développé des pratiques spécifiques à l'égard des clientèles LGBT qui montrent une préoccupation et une longue expertise dans l'intervention auprès des minorités sexuelles. La présence du Comité santé des minorités sexuelles (CSMS) au sein de l'établissement joue un rôle clé dans l'adaptation des services de santé, notamment en permettant la diffusion de connaissances sur les besoins des minorités sexuelles. Le CSSS Jeanne-Mance semble ainsi se démarquer positivement par rapport aux autres établissements de soins de santé, notamment en ce qui concerne les habiletés interpersonnelles des professionnels de santé. Le deuxième constat est que le portrait global de la satisfaction des personnes LGBT quant à leurs expériences avec les services sociaux et de santé au Québec est positif sur plusieurs aspects. Toutefois, certains écarts observés montrent que l'adaptation des services devrait se poursuivre dans la prise en compte des lesbiennes et bisexuelles ainsi que des personnes trans. Elle devrait viser notamment à améliorer les connaissances médicales sur les réalités des personnes LGBT, créer un environnement ouvert à la diversité sexuelle et de genre, et réduire l'hétérosexisme dans les pratiques, notamment à l'égard des femmes de minorités sexuelles et des personnes trans. Finalement, le troisième constat est que les craintes intériorisées de la part de répondant.e.s LGBT constituent une barrière majeure au dévoilement de l'orientation sexuelle et à l'utilisation des services à cause de

l'appréhension du jugement. Ainsi, le personnel de santé devrait être mieux outillé en termes de techniques de communication permettant de faciliter l'aisance à discuter de l'orientation sexuelle.

La contribution de cette recherche est essentielle : malgré ses limites méthodologiques, telles que la non-représentativité statistique de l'échantillon, elle vient pallier au peu d'enquêtes populationnelles sur la santé des minorités sexuelles au Québec prenant en compte le spectre large de la diversité sexuelle. Cette recherche permet en particulier de dégager une analyse différenciée des besoins des différents sous-groupes des minorités sexuelles. Ces résultats permettront d'orienter des recherches futures ainsi que de soutenir la mise en œuvre des orientations gouvernementales telles que celles formulées dans la *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie, 2011-2016* (Ministère de la Justice, 2009), actuellement prolongé d'un an et qui sera renouvelé pour la période de 2017 à 2022.

Nous terminons ce rapport en attirant l'attention sur une activité de transfert et d'application des connaissances qui a eu lieu le 18 mai 2016 au Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux Ville-Marie (dans lequel a été intégré le CSSS Jeanne-Mance) à l'initiative du Comité santé des minorités sexuelles (CSMS) et organisée en collaboration avec le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). Intitulé « Diversité sexuelle et services sociaux et de santé : des pratiques porteuses pour répondre aux besoins des personnes LGBT », les objectifs de la rencontre étaient de réfléchir aux principales recommandations issues de la recherche et d'échanger sur les pratiques existantes ou à mettre en place au sein de nos institutions et organismes pour mieux répondre aux besoins et aux réalités des personnes LGBT. Ce séminaire visait à réunir des intervenants et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire, des chercheurs et des personnes impliquées dans différentes ressources destinées aux personnes des minorités sexuelles.

RECOMMANDATIONS ET PISTES D’ACTION POUR LE CSSS JEANNE-MANCE ET L’ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

1 Identifier les besoins en termes de formation du personnel de santé

Plusieurs moyens peuvent aider à identifier les besoins en termes de formation au sujet des besoins des divers sous-groupes LGBT. Par exemple, un guide de discussion sur les besoins particuliers des femmes de minorités sexuelles pourrait permettre d’identifier un besoin de formation dans une équipe d’intervenants au sujet des risques de transmission des ITSS entre femmes.

2 Promouvoir la formation continue

Il existe maintenant de nombreux guides de soins aux personnes LGBT qui peuvent servir à l’autoformation. Il importe de les rendre plus visibles et accessibles, notamment via des publicités sur les sites Intranet des établissements et en les rendant disponibles dans les centres de documentation. En plus des besoins spécifiques à chacun des sous-groupes parmi les minorités sexuelles, les formations devraient aborder aussi la question de l’hétérosexisme qui se traduit notamment par la présomption de l’hétérosexualité. Les formations offertes par l’INSPQ peuvent aussi être proposées aux intervenants. Les établissements sont également invités à inclure ces formations dans leur programme de développement des ressources humaines (PDRH). Des ateliers de formation peuvent être offerts aux équipes d’intervenants sur place par des partenaires communautaires tels que Action Santé Travesti(e)s et Transsexuel(le)s du Québec (ASTT(e)Q), la Coalition des familles LGBT, le Centre de solidarité lesbienne, l’Institut pour la santé des minorités sexuelles, etc.

Faire connaître aux intervenants et les encourager à utiliser des ressources en ligne. Mentionnons entre autres les bottins de ressources de Gai écoute, les sites Web de Santé arc-en-ciel Ontario et de la Chaire de recherche sur l'homophobie, des webinaires tels que ceux offerts en français par Santé arc-en-ciel Ontario et en anglais par la Gay and Lesbian Medical Association (États-Unis).

3 Développer et maintenir des compétences essentielles

Il s'agit de la capacité d'offrir un bon accueil, la capacité à établir un lien de confiance et l'aisance du personnel à parler de sexualité. Tel qu'énoncé précédemment, de nombreux guides de soins aux personnes LGBT peuvent servir à l'autoformation. Par ailleurs, il existe des ouvrages consacrés à la communication professionnelle en santé qui proposent diverses techniques pour en améliorer la qualité et l'efficacité.

4 Créer un environnement accueillant qui montre des signes d'ouverture aux réalités et aux besoins des personnes LGBT

En plus des dépliants à propos de services communautaires ou du réseau public destinés aux personnes LGBT qu'on retrouve souvent dans les bureaux des intervenants, des affiches peuvent être placées à différents endroits. Poursuivre l'affichage dans les salles d'attente, par exemple, à l'aide du matériel produit par la fondation Émergence ou le Conseil québécois LGBT. Promouvoir l'utilisation des écrans dans les salles d'attente pour la diffusion de messages de sensibilisation. Promouvoir l'utilisation de l'Intranet pour la diffusion de messages de sensibilisation, de sondages, etc. Envisager la faisabilité d'adapter les formulaires pour inclure la diversité des profils qu'on retrouve parmi les personnes LGBT.

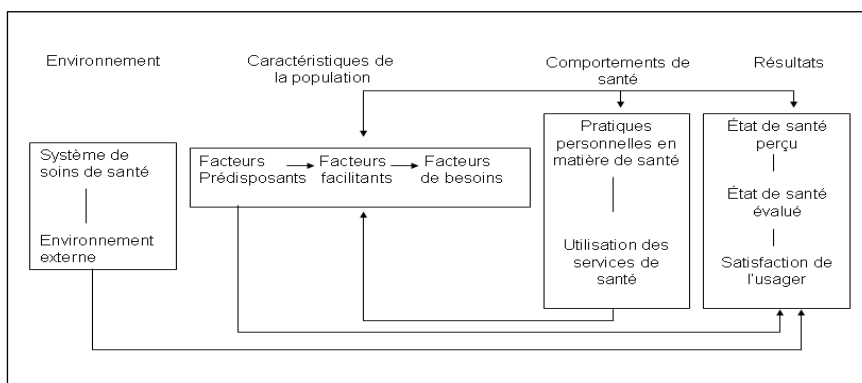
5 Approfondir la réflexion sur l'offre de services, notamment pour les personnes trans

Si la mise en place de services spécifiques n'est pas une solution envisageable, il est recommandé minimalement d'identifier des agents pivots dans les équipes ou les sous-équipes multidisciplinaires. Développer des corridors de services officiels en favorisant l'arrimage avec des services plus spécialisés selon les besoins identifiés. Se tenir à jour sur les ressources pour mieux référer. Aussi, lorsque les médecins de famille ou autres professionnels de la santé ne sont pas spécialisés sur certains soins tels que l'hormonothérapie ou le suivi d'un processus de transition, expliquer clairement à l'utilisateur pourquoi il est nécessaire de référer afin qu'il ne se sente pas discriminé.

6 Soutenir les équipes ou les comités d'intervenants au sein des établissements de santé et de services sociaux

Soutenir les activités d'un comité ou d'un réseau de professionnels de la santé déjà sensibilisés aux besoins des personnes LGBT pour favoriser l'adaptation des services. Des exemples de tels comités ou réseaux existent dans plusieurs régions du Québec – Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Montréal et Québec.

ANNEXE 1
MODELE POUR L'ETUDE DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE
ANDERSEN, 1995



Le modèle est utilisé pour découvrir les conditions qui facilitent ou, au contraire, nuisent à l'utilisation des services. Un individu accède et utilise des services de santé en fonction de trois caractéristiques :

1) facteurs prédisposants : les caractéristiques socioculturelles des individus avant un problème de santé

- Structure sociale : éducation, occupation, origine culturelle, réseaux sociaux, interactions sociales et culture.
- Croyances en matière de santé : attitudes, valeurs et connaissances que les gens ont à propos du et envers le système de soins de santé.
- Profil sociodémographique : âge, sexe

2) Facteurs facilitateurs : les aspects logistiques dans l'obtention des soins

- Personnel/familial : les moyens et la connaissance des moyens pour accéder aux services de santé, revenu, assurances, une source régulière de soin, déplacements, étendue et qualité des relations sociales
- Communautaire : personnel de santé disponible et établissements, temps d'attente
- Ajouts possibles : facteurs génétiques et caractéristiques psychologiques.

3) Facteurs de besoins : la cause la plus immédiate de l'utilisation des services de santé renvoie aux problèmes de santé, lesquels génèrent le besoin de services : « Perceived need will better help to understand care-seeking and adherence to a medical regimen, while evaluated need will be more closely related to the kind and amount of treatment

that will be provided after a patient has presented to a medical care provider ». Le modèle distingue les besoins perçus et les besoins tels qu'évalués par les professionnels de la santé. Ces besoins sont définis ainsi :

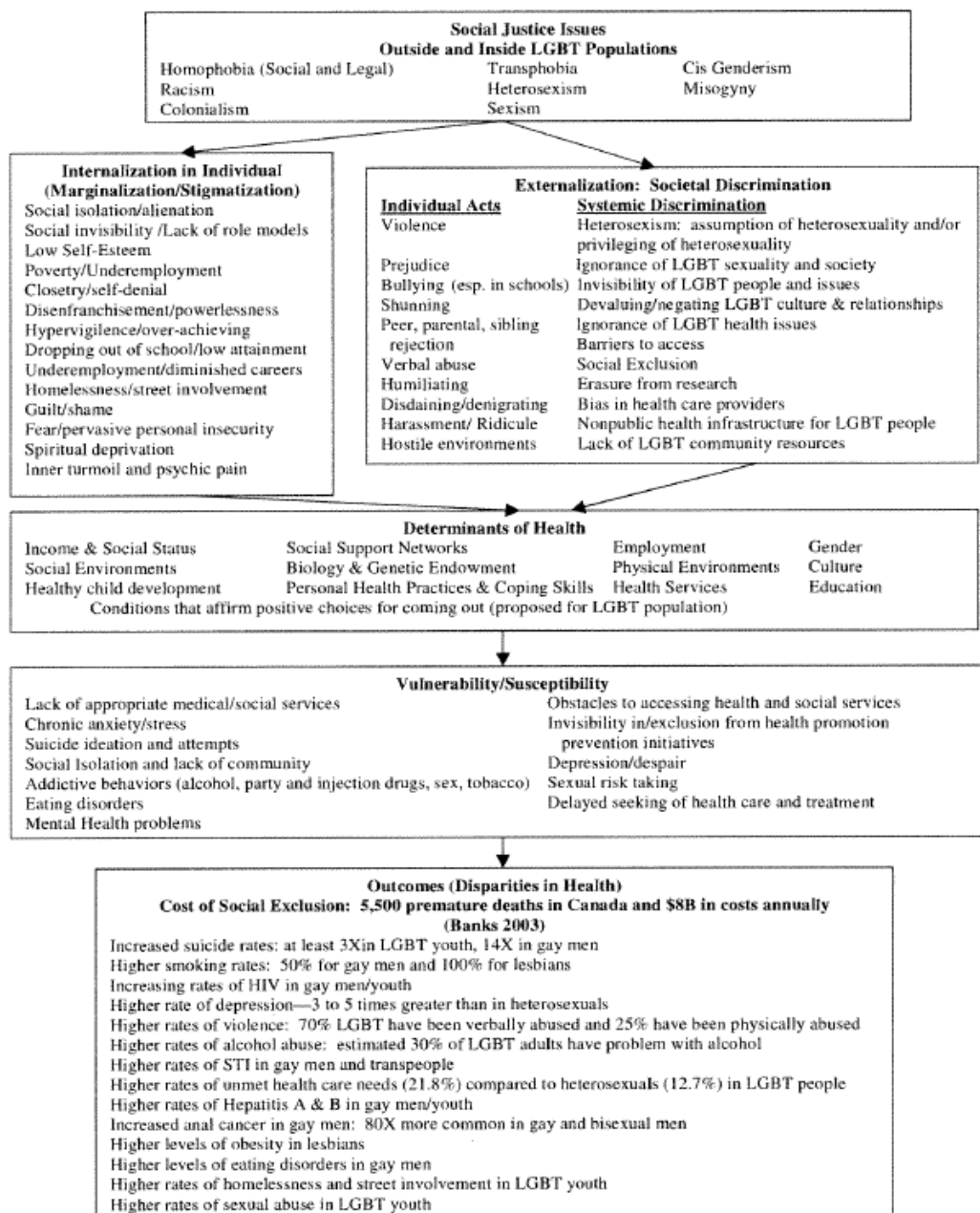
Perceived: « How people view their own general health and functional state, as well as how they experience symptoms of illness, pain, and worries about their health and whether or not they judge their problems to be of sufficient importance and magnitude to seek professional help ».

Evaluated: « Represents professional judgment about people's health status and their need for medical care ».

Source : Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?, *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.

ANNEXE 2

FIGURE 1. STRUCTURAL FRAMEWORK FOR GENDER AND SEXUALLY DIVERSE HEALTH AND WELLBEING INEQUITIES



Source : Mulé, N.J., Ross, L.E., Deeproose, B., Jackson, B.E., Daley, A., Travers, A. et Moore, D. (2009). Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International Journal for Equity and Health*, 8(18), 5.

ANNEXE 3

MODÈLE DE LA SATISFACTION DES USAGERS DANS LE CADRE DE L'AGRÈMENT

TABLEAU I : LE SECTEUR RELATIONNEL

LE SECTEUR RELATIONNEL

Ce secteur concerne la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

	DIMENSIONS	ATTENTES
Respect	Considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur. Le respect sous-tend également une acceptation de la différence.	1. Que l'on vous traite avec politesse et respect 2. Que tous les gens soient traités équitablement 3. Que l'on respecte votre intimité physique
Confidentialité	Protection des renseignements personnels assurée par un environnement et des attitudes garantissant leur non divulgation à des personnes non autorisées.	4. Que les renseignements qui vous concernent soient traités de manière confidentielle 5. Que l'aménagement des locaux permette de garantir la confidentialité des échanges
Empathie	Attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive de l'utilisateur, une considération de la globalité de sa personne.	6. Que l'on prenne le temps nécessaire pour s'occuper de vous 7. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous écoute attentivement 8. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) comprenne bien votre situation

TABLEAU II : LE SECTEUR PROFESSIONNEL

LE SECTEUR PROFESSIONNEL

Ce secteur, qui touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.

	DIMENSIONS	ATTENTES
IDENTIFICATION	DÉFINITIONS	ÉNONCÉS
Fiabilité	Aptitude d'un système à garantir à chaque utilisateur l'utilisation de pratiques diagnostiques et thérapeutiques sécuritaires et au moindre risque, assurant le meilleur résultat en termes de santé et de bien-être, conformément à l'état actuel des connaissances et pour la plus grande satisfaction de l'utilisateur, tant sur le plan des procédures que des résultats ou encore des contacts humains à l'intérieur du système de santé et de services sociaux.	9. Que les rendez-vous soient traités avec ponctualité (date et heure du rendez-vous) 10. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) soit compétent 11. Que vous obteniez les résultats de vos examens ou évaluations, que ce soit positif ou négatif 12. Que les équipements soient adaptés à vos besoins 13. Que les services reçus améliorent votre santé ou vous permettent de mieux contrôler votre état 14. Que les services reçus améliorent votre qualité de vie 15. Que l'on respecte les engagements pris à votre égard (rappels téléphoniques, suivi, communication des résultats, etc.) 16. Que l'on vous présente et vous explique tous les différents choix de traitement ou d'intervention qui s'offrent à vous
Responsabilisation	Action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.	17. Que l'on vous encourage à utiliser des moyens ou des outils qui vous permettront d'éviter que le problème ne se reproduise 18. Que l'on vous encourage à prendre une part active aux décisions qui vous concernent 19. Que l'on vous encourage à rencontrer des groupes, associations ou personnes ayant vécu des problèmes similaires
Apaisement	Attitude propre à calmer, à rassurer une personne et à lui procurer une tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.	20. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) prenne le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape du traitement ou de l'intervention 21. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous rassure 22. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) vous mette en confiance
Solidarisation	Action destinée à impliquer et supporter l'entourage de l'utilisateur (sa famille, ses proches, son milieu de vie, etc.) dans l'organisation et la prestation de services.	23. Que l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) favorise l'implication des ressources de votre milieu 24. Que l'on offre du support aux personnes qui vous assistent

TABLEAU III : LE SECTEUR ORGANISATIONNEL

LE SECTEUR ORGANISATIONNEL		
Ce secteur, qui touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent en assurer ou non la rapidité et la continuité.		
	DIMENSIONS	ATTENTES
Simplicité	Qualité destinée à faciliter l'utilisation, la compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. Elle concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention) que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.	25. Qu'il vous soit facile de choisir votre intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) et de changer si ça ne va pas 26. Qu'il n'y ait pas trop de formalités pour effectuer une demande ou obtenir un service 27. Que l'on vous parle dans des mots que vous pouvez facilement comprendre 28. Que la documentation fournie soit facile à comprendre 29. Que les procédures vous permettant de porter plainte ou d'exprimer votre insatisfaction soient faciles à suivre
Continuité	Qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'usager et la circulation de l'information.	30. Lorsque c'est possible, que le même intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) s'occupe de vous d'une fois à l'autre 31. Qu'il soit facile d'obtenir des références pour des services spécialisés lorsque cela est requis 32. Que vous n'avez pas à répéter les mêmes informations si vous consultez un second intervenant ou un spécialiste pour le même problème 33. Que l'on assure le transfert de votre dossier à d'autres établissements, organismes ou professionnels, lorsque cela est requis
Accessibilité	Caractéristique qui rend possible l'accès aux services sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires et de la langue.	34. Que l'établissement soit facilement accessible par transport en commun (incluant le transport adapté) ou qu'il soit facile de stationner à proximité 35. Que l'établissement soit ouvert à des heures qui vous conviennent (i.e. semaine, fin de semaine et/ou le soir) 36. Que l'on tienne compte de votre langue dans les services qui vous sont offerts
Rapidité	Caractéristique qui permet d'obtenir une réponse à une demande de services, ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.	37. Que le délai pour obtenir un rendez-vous avec des professionnels soit raisonnable 38. Lorsque vous n'avez pas de rendez-vous, que le temps d'attente soit raisonnable 39. Que le délai pour obtenir les résultats de vos examens ou évaluations soit raisonnable 40. Que le délai pour obtenir des services diagnostics (tests sanguins, scanner, radiographies, etc.) soit raisonnable
Confort	Sentiment de bien-être résultant d'un environnement physique chaleureux, caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.	41. Que l'atmosphère soit agréable dans l'établissement 42. Que les locaux et les équipements soient propres 43. Que les lieux soient sécuritaires 44. Que le mobilier soit confortable

Source : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2005). *Évaluer pour s'améliorer : au cœur de la qualité des services. Le concept de qualité des services : un outil d'évaluation de la satisfaction adapté aux attentes des usagers*. Conseil québécois d'agrément.

BIBLIOGRAPHIE

- Action Santé Travesti(e) s et Transsexuel (le) s du Québec (ASTT[e] Q). *Je m'engage : Un Manuel pour les professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent avec des personnes trans*. Repéré à <http://santetranshealth.org/jemengage/guide-contents/terms-and-definitions/>
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. (2005). *Évaluer pour s'améliorer : au cœur de la qualité des services. Le concept de qualité des services : un outil d'évaluation de la satisfaction adapté aux attentes des usagers*. Conseil québécois d'agrément.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2009). *Rapport du comité consultatif sur la santé et le bien-être des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) de la région de la Capitale nationale : Des actions pour contrer l'homophobie*.
- Agence de la santé publique du Canada. (2012a). *Actualité en épidémiologie sur le VIH/sida*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Ottawa.
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2011 : Jeunes et jeunes adultes – En période de transition*. Ottawa.
- Agence de la santé publique du Canada (2012b). *Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2012 : Le sexe et le genre – Leur influence importante sur la santé*. Ottawa.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?, *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Bauer, G.R., Scheim, A.I., Deutsch, M.B. et Massarella, C. (2014). Reported Emergency Department Avoidance, Use, and Experiences of Transgender Persons in Ontario, Canada: Results from a Respondent-Driven Sampling Survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713-720.
- Banks, C. (2003). *The Cost of Homophobia: Literature Review on the Human Impact of Homophobia In Canada*. Rochon Associated Human Resource Management Consulting Inc.

- Barbara, A.M., Doctor, F. et Chaim, G. (2007). *Poser les bonnes questions 2 : Parler avec les clients de leur orientation et de leur identité sexuelle dans les établissements de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et les cabinets de counseling*. Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Brotman, S. et Ryan, B. (2000). *Accès aux soins de santé : réflexions sur la santé et le bien-être des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et bispirituelles au Canada*. École de service social, Université McGill et le Centre d'études appliquées sur la famille, avec la collaboration d'EGALE (Equality for Gays and Lesbians Everywhere).
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A., et Richard, B. (2007). Coming out to care : Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *The Gerontologist*, 47(4), 490-503.
- Burgess, D, Lee, R, Tran, A, Van Ryn, M. (2007). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, 3(4), 1-14.
- Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance (2010). *Plan d'action local en santé publique 2010-2015, ensemble pour une communauté en santé*. Synthèse.
- Cochran, S.D., Sullivan, J.G., et Mays, V.M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53-61.
- Cochran, S.D., Ackerman, D., Mays, V.M. et Ross, M.W. (2004). Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population » dans *Addiction*, 99(8), 989-998.
- Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouke, A. et De Pierrepont, C. (2012). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec – Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Rapport de recherche, Montréal, UQAM.
- Chamberland, L. et Bédard, I. (2013). Les jeunes des minorités sexuelles : le risque suicidaire. *Revue du CRÉMIS*, 6(1), 8–12. Récupéré de <http://www.cremis.ca/revue-du-cremis/recherche/les-jeunes-des-minorites-sexuelles-le-risque-suicidaire>.

- Chamberland, L., Blye F. et Ristock, J. (2009). *Minorités sexuelles et constructions de genre/Sexual Diversities and the Constructions of Gender*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*. Rapport de consultation du Groupe de travail mixte contre l'homophobie.
- Creswell, J.W. et Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Eady, A., Dobinson C., Ross, L.E. (2011). Bisexual peoples' experiences with mental health services : A qualitative investigation. *Community Mental Health Journal*, 47(4), 378-389.
- Fish, J. (2006). *Heterosexism in health and social care*. Basingstoke: Palgrave, 248 p.
- Gay and Lesbian Medical Association (2006). *Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual and transgender patients*. San Francisco, Californie.
- Gélineau, L., Vinet-Bonin, A. et Gervais M. (2009). Quand recherche et proximité se conjuguent : réflexions autour de l'émergence d'une culture de recherche dans un centre de santé et de services sociaux, dans Clément, M., Gélineau L. et McKay A.-M. (dir.), *Proximités : lien social, accompagnement et soin*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 303-329.
- Gotbaum, B. (2008). *Improving Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Access to Healthcare at New York City Health and Hospitals Corporation Facilities*. Office of the New York City Public Advocate. Repéré à http://www.pubadvocate.nyc.gov/policy/documents/LGBThealthrecsreportfinal_pdf.pdf.
- Grant, J.M., Mottet, L.A., Tannis, J., Herman, J.L., Harrison, J. et Keisling, M. (2010). *National Transgender Discrimination Survey report on health and health care*. National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force.
- Gruskin, E.P., Greenwood, G.L., Matevia, M., Pollack, L. M. et Bye, L.L. (2007). Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1496-1502.

- Heck, J.E., Sell, R.L., Gorin, S. S. (2006). Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *American Journal of Public Health*, vol. 96, n°6, p. 1111-1118.
- Herek, G. (1998). *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals. Psychological perspectives on lesbian and gay issues, Vol. 4.* Thousand Oaks : Sage Publications, 278 p.
- Institut national de la santé publique du Québec (2012). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, Laboratoire de santé publique du Québec.
- Institute of Medecine (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) People: Building a Foundation for Better Understanding.*
- Julien, D. et Chartrand, E. (2005). Recension des études utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. *Psychologie canadienne*, 46(4), 235–250.
- Lee, G.L., Griffin, G.K. et Melvin, C.L. (2009). Tobacco use among sexual minorities in the USA: 1987 to May 2007: A systematic review. *Tobacco Control*, 18, 275-282.
- Living Positive Resource Centre (2008). *Engaging Physicians: A public health Canada awareness project for reducing Stigma and Discrimination for Gay, Bisexuals and Men who have sex with men.* A joint project with University of BC Okanagan – Kelowna.
- Makadan, H.J., Mayer, K.H., Potter, J. et Goldhammer, H. (2008). *Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health.* American college of Physicians.
- Mayer, K.H., Bradford, J.B., Makadon, H.J., Stall, R., Goldhammer, H. et Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health : what we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98(6), 989-995.
- Marshal, M.P., Dietz, L.J., Friedman, M.S., Stall, R., Smith, H.A., McGinley, J., Thoma, B.C., Murray, P.J., D'Augelli, A.R. et Brent D.A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review, *Journal of Adolescent Health*, 49, 115-123.

- McIntyre, J., Daley, A., Rutherford, K. et Ross, L.E. (2011). Systems-level Barriers in Accessing Supportive Mental Health Services for Sexual and Gender Minorities: Insights from the Provider's Perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(2), 173-186.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Meyer, I.H et Northridge, M.E. (eds., 2007). *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*. Springer publications, New York.
- Mills, T.C., Paul, J., Stall, R., Pollack, L., Canchola, J., Chang, Y.J., Moskowitz, J.T. et Catania, J.A. (2004). Distress and depression in men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 278-285.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1997). *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles : orientations ministérielles*, Gouvernement du Québec.
- Mimeault, M. (2003). *Pour le dire : Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*. Rapport de recherche. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.
- Ministère de la Justice (2009). *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Justice (2011). *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016. Ensemble vers l'égalité sociale. L'unité dans la diversité*, Gouvernement du Québec.
- Mulé, N.J., Ross, L.E., Deepröse, B., Jackson, B.E., Daley, A., Travers, A. et Moore, D. (2009). Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International Journal for Equity and Health*, 8(18), 3-11.
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E.S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., Wells, M., Fetterman, D.M., Garcia, G. et Lunn, M.R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA*, 306(9), 971-977.

- Omoto, A.M. et Kurtzman, H.S. (eds.) (2006). *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay and bisexual people*. Washington, DC : APA Books.
- Paillé, P. et Muchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3^e édition. Paris, Armand Collin.
- Paul, J.P., Catania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., Mills, T., Binson, D. et Stall, R. (2002). Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1338-1345.
- Richard, C. et Lussier, M. T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Éditions du renouveau pédagogique.
- Ross, L.E., Dobinson, C. et Eady, A. (2010). Perceived determinants of mental health for bisexual people: A qualitative examination. *American Journal of Public Health*, 100(3), 496-502.
- Ruf, M., Lovitt, C., et Imrie, J. (2006). Recreational drug use and sexual risk practice among men who have sex with men in the United Kingdom. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2), 95–97.
- Saewyc, E., Poon, C., Wang, N., Homma, Y., Smith, A. et the McCreary Centre Society. (2007). *Not Yet Equal: The Health of Lesbian, Gay, & Bisexual Youth in BC*. McCreary Centre Society, Vancouver, BC.
- Scanlon, K., Travers, R., Coleman, T., Bauer, G. et Boyce, M. (2007). *Ontario Trans Pulse Survey*. Toronto.
- Schonfield, C. (2008). *Survey of Patient Satisfaction with Transgender Services*. The Audit, Information & Analysis Unit, National Health Services, London, England.
- Shankle, M.D. (ed.) (2006). *The Handbook of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health: A Practitioner's Guide to Service*. New York NY : Haworth Press.
- Sherbourne Health Centre (2009). *LGBT Health Program: Guidelines and Protocols for Comprehensive Primary Health Care for Trans Clients*, Toronto (ON).
- Statistique Canada (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Repéré à http://www42.statcan.gc.ca/smr08/2011/smr08_158_2011-fra.htm

- Strubble, C.B., Lindley, L.L., Montgomery, K. et al. (2010). Overweight and obesity in lesbian and bisexual college women. *Journal of American College Health*, 59(1), 51-56.
- Suicide Prevention Resource Centre. (2008). *Suicide Risk and Prevention for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth*. Préparé pour le Center for Mental Health Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services. Newton : Education Development Centre, Inc.
- Tang, H., Greenwood, G.L., Cowling, D.W., Lloyd, J.C., Roeseler, A.G. et Bal, D.G., (2004). Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: How serious a problem?. *Cancer Causes and Control*, 15(8), 797–803.
- Tjepkema, M. (2008). *Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada*. Rapports sur la santé au catalogue de Statistique Canada.
- Trocki, K.F., Drabble, L, et Midanik, L. (2005). Use of heavier drinking contexts among heterosexuals, homosexuals and bisexuals: Results from a National Household Probability Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(1), 105–110.