

PTP
**RAPPORT
ROSE**



DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES PERSONNES 2ELGBTQIA+ AU CANADA

2026



Table des matières

1.0 Introduction	7
1.1 Sommaire de gestion	9
1.2 Remarque sur le langage utilisé.....	15
1.3 Objectifs	15
1.4 Contexte	16
1.5 Méthodologie	21
2.0 Historique Clinique	26
2.1 Principaux problèmes de santé et conditions médicales déclarées par les répondant(e)s	26
2.2 Santé mentale	32
2.3 Qualité de vie	40
2.4 Résumé des constats clés	46
3.0 Accès aux Soins de Santé	48
3.1 Priorités en matière de santé	48
3.2 Facilité d'accès à des services spécifiques	50
3.3 Satisfaction à l'égard de l'accès aux services de santé	57
3.4 Expérience globale d'accès au système de santé	62
3.5 Informations médicales en ligne	67
3.6 Résumé des constats clés	69
4.0 Stigmatisation et Discrimination dans le Système de Santé Canadien	73
4.1 Expériences de stigmatisation	73
4.2 Discrimination, refus de soins et risques liés à la divulgation.....	75
4.3 Mettre fin à la discrimination : que faut-il faire?	88
4.4 Résumé des constats clés	93

5.0 Priorités Sanitaires	95
5.1 Priorités en matière de soins de santé exprimées par les répondant(e)s à l'enquête	95
5.2 Enjeux les plus importants en matière de soins de santé au Canada.....	100
5.3 Améliorer l'expérience au sein du système de santé	102
5.4 Vision des parties intéressées pour un changement transformateur.....	104
5.5 Résumé des constats clés	108
6.0 Recommandations pour un Changement Concret	110
Appendix A: Bibliographie	114
Appendix B: Méthodologie	119
Méthodologie d'enquête	119
Méthodologie des entretiens qualitatifs	121
Caractéristiques sociodémographiques supplémentaires de l'échantillon d'étude...122	
Appendix C: Glossaire	128
Appendix D: Ressources Complémentaires	134

Reconnaissance Territoriale

Chez Pink Triangle Press, nous reconnaissions que nous travaillons sur le territoire non cédé de nombreuses nations, notamment les Mississauga de Credit, les Anishnabeg, les Chippewa, les Haudenosaunee et les Wendat. Aujourd’hui, ces terres demeurent le foyer d’une grande diversité de peuples des Premières Nations, inuits et métis. Nous reconnaissions également que Toronto, ville dans laquelle nous sommes établis, existe grâce au Traité 13 avec les Mississauga de Credit et aux traités qui ont suivi.

De plus, nous respectons et reconnaissions les droits inhérents et issus des traités de tous les peuples autochtones de ce territoire. Nous avons honoré et continuerons d’honorer nos engagements envers l’autodétermination et la souveraineté des nations et des peuples autochtones.

Enfin, Pink Triangle Press reconnaît l’oppression historique et actuelle envers les terres, les cultures et les peuples autochtones de l’Île de la Tortue, également connue sous le nom de Canada. Nous encourageons chacun et chacune à découvrir l’histoire de cette terre et de ses peuples autochtones, et à réfléchir à la manière comment nos liens avec ces territoires peuvent contribuer à mieux soutenir les projets d’autodétermination des peuples autochtones.

À Propos de Pink Triangle Press

Pink Triangle Press (PTP) est l’un des plus anciens groupes de médias 2ELGBTQIA+ au monde. Notre objectif principal est d’inspirer nos communautés à rendre possible un avenir où chaque personne est libre de célébrer qui elle est vraiment. PTP a été fondé avec la conviction que partager des histoires et des expériences est un outil puissant favorisant la libération. Nous avons la certitude que les médias créés par les communautés 2ELGBTQIA+, pour ces dernières et afin d’en parler sont indispensables à leur épanouissement. Nous cherchons à amplifier le travail des activistes, des créateurs et créatrices, des penseurs et penseuses, ainsi que des artisans et artisanes du changement. PTP est fier de l’impact du travail qu’il mène au côté des communautés diverses pour provoquer un vrai changement. Forts d’une histoire de longue date pour la promotion de la liberté et de l’égalité, nous continuons à rassembler les communautés afin de créer un monde meilleur pour les personnes 2ELGBTQIA+.

L'équipe du Rapport Rose

Nadia Bouhamdani (Auteure et Chercheuse)
Dominique Bouhamdani (Auteure et Chercheuse)
Alex Custodio (Rédacteur en Chef et Chercheur)
Gina Hara (Responsable de la Défense des Intérêts, Chercheuse)
Jennifer McGuire (Directrice Générale de PTP)
Environics Research (Société de Recherche)
Xiaotian Wang (Conception de la Mise en Page)
Kevin Andrews (Conception de la Couverture)
Kaya Skovdatter (Proofreading)
Rainbow Translations (Relecture)

Comité Consultatif de Défense des Intérêts

Pink Triangle Press tient à remercier les membres de son comité consultatif de défense des intérêts:

Fae Johnstone, Michael Kwag, Julie Bristow, Breton Lalama, Michelle Mama, Latoya Nugent, Omid Razavi, Sarain Fox, Simon Rayek, Doug Kerr, Jess Marcotte, Mark Bonham

Partenaires Financier

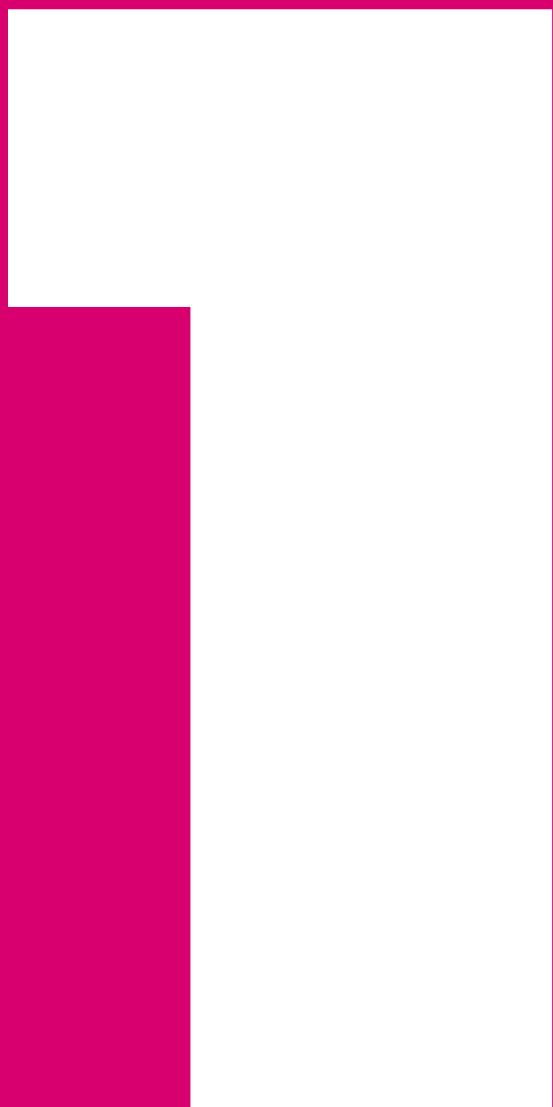
Ce projet est financé par Femmes et Égalités des genres Canada. Les opinions, recommandations et constats exprimés dans ce document sont ceux des auteur(e)s et ne reflètent pas nécessairement le point de vue du ministère Femmes et égalité des genres Canada.



Femmes et Égalité
des genres Canada

Women and Gender
Equality Canada

Introduction



1.0 Introduction

D'abord, ne pas nuire.

L'accès universel aux soins de santé est au cœur de ce qui définit le Canada. La plupart des Canadiens et Canadiennes pensent que chacun mérite de pouvoir accéder aux soins de santé en fonction de ses besoins, peu importe qui nous sommes, où nous vivons ou le montant dans notre compte bancaire.

Dans son rapport rose 2025, Pink Triangle Press a décidé de se concentrer sur la santé afin de déterminer si cette promesse relative aux soins de santé est respectée pour les Canadiens et Canadiennes 2ELGBTQIA+. Les constats sont préoccupants : l'étude révèle que l'accès universel n'existe pas pour les personnes queers dans ce pays. La santé des Canadiens et Canadiennes queers est bien moins bonne. Leur accès aux soins de santé est beaucoup plus réduit que celui des autres Canadiens. Les disparités sont flagrantes, et ce constat est encore plus frappant lorsqu'on examine les différentes identités et caractéristiques démographiques au sein de nos communautés.

En moyenne, les personnes 2ELGBTQIA+ souffrent environ deux fois plus d'anxiété et de dépression que les personnes non queers. Lorsqu'on analyse les données en fonction de nos différentes identités, les recherches indiquent que les résultats en matière de santé sont bien pires pour certain(e)s d'entre nous. Les personnes trans, intersexes, asexuelles, en questionnement et pansexuelles s'en sortent particulièrement mal.

Le rapport révèle d'autres différences importantes entre les intersectionnalités. La qualité de vie est moindre pour les personnes interrogées vivant en milieu rural, noires et bispirituelles, et encore plus faible pour les personnes queers à faible revenu et moins qualifiées. Parallèlement, les taux de cancer sont plus de deux fois supérieurs chez les personnes gays et asexuelles interrogées.

L'expérience de notre communauté dans les établissements de soins est tout aussi alarmante. Quarante pour cent d'entre nous déclarent subir de la discrimination de manière habituelle de la part des professionnel(le)s de la santé en raison de notre orientation sexuelle, soit plus de quatre fois le taux observé chez les personnes non LGBTQ+. Nous signalons également des refus de soins, souvent dus à l'incapacité des prestataires de santé à répondre correctement à nos problèmes de santé et à leur incapacité à proposer des alternatives. Une impasse.

Pour beaucoup trop d'entre nous, le système de santé est défaillant.

La bonne nouvelle du présent rapport est que les hommes gays, selon certains critères, mais pas tous, s'en sortent bien. Leur état de santé se rapproche de celui des personnes hétérosexuelles et cisgenres dans plusieurs domaines, notamment en ce qui concerne les taux d'anxiété et de dépression.

De nombreux facteurs entrent en jeu, mais l'histoire unique de notre communauté en matière de soins de santé en est certainement un. Les organisations de lutte contre le sida ont été parmi les premières institutions créées par nos communautés. La crise qui a marqué ces moments fondateurs était aiguë en raison de l'ostracisme et de la peur quasi universels de notre communauté. Nous étions vraiment seuls. Cependant, le point positif a été la naissance d'organisations de santé construites par et pour nous, selon nos propres conditions.

Aujourd'hui, les personnes trans, non binaires et ayant une diversité du genre sont confrontées au fardeau le plus lourd : une réaction hostile grandissante. En même temps, les soins de santé pour les personnes queers ne sont plus l'apanage des communautés locales, mais sont souvent gérés par des établissements traditionnels dont les mandats dépassent le cadre de nos communautés. Cela représente un progrès, mais aussi un défi. Ces établissements traditionnels ont peut-être de bonnes intentions en matière de diversité, mais nos conclusions montrent qu'ils ne tiennent pas leurs promesses envers les Canadiens et Canadiennes 2ELGBTQIA+.

Le rapport rose sur la santé sonne l'alarme. Les membres de notre communauté souffrent et notre système de santé manque à l'un de ses principes fondamentaux : « D'abord, ne pas nuire ».

Je tiens à saluer le travail incroyable des équipes qui ont produit et rendu possible le présent rapport novateur. Merci aux auteur(e)s et chercheur(euse)s Nadia Bouhamdani et Dominique Bouhamdani, au rédacteur en chef et chercheur Alex Custodio, aux graphistes Xiaotiang Wan et Kevin Andrews, à la correctrice Kaya Skovdatter, aux traducteurs de Rainbow Translations, à Environics Research, au responsable de recherche Zoltan Nemeth, à la cheffe de projet Gina Hara, et à notre directrice générale, Jennifer McGuire. Nous remercions Femmes et Égalité des genres Canada pour son soutien financier.

David Walberg,
Directeur général,
Pink Triangle Press



1.1 Sommaire de Gestion

Le Canada manque d'informations normalisées et inclusives sur la santé des personnes 2ELGBTQIA+. Les quelques données dont nous disposons sont agrégées, ce qui rend difficile pour les professionnel(le)s de la santé et les décideur(euse)s politiques de répondre aux besoins spécifiques des diverses identités au sein de cette communauté. Le rapport rose 2025 sur la santé est l'une des premières études nationales à combler ce manque en proposant un cadre pour une réforme des soins de santé fondé sur des données, axé sur l'équité et respectueux de l'identité.

Ce rapport présente les constats de la première étude nationale, bilingue et comparative sur les expériences des personnes 2ELGBTQIA+ en matière de santé et de soins de santé au Canada. S'appuyant sur les données d'une enquête transversale menée auprès de plus de 2 100 répondant(e)s, dont la moitié s'identifient à l'étiquette 2ELGBTQIA+, le présent rapport révèle des disparités systémiques dans quatre grands domaines : l'état de santé, l'accessibilité aux services, la qualité des soins et les expériences de stigmatisation et de discrimination vécues dans les systèmes de santé canadiens.

Les résultats du rapport rose 2025 sur la santé démontrent l'iniquité des soins offerts par le système de santé canadien aux communautés 2ELGBTQIA+. De manière générale, l'état de santé et la qualité de vie des personnes 2ELGBTQIA+ que nous avons interrogées sont pires que ceux de leurs homologues non 2ELGBTQIA+. Ces difficultés sont aggravées par des luttes répétées pour accéder aux soins ainsi que par un sentiment d'insatisfaction à l'égard des services médicaux reçus. Les personnes 2ELGBTQIA+ interrogées signalent de la stigmatisation, de la discrimination et des expériences négatives dans les établissements de santé canadiens. Ces expériences sont particulièrement fréquentes après qu'elles aient divulgué leur orientation sexuelle ou leur identité de genre à des professionnel(le)s de la santé qui n'avaient ni les connaissances, ni les compétences cliniques, ni l'expérience nécessaires pour leur offrir des soins d'affirmation.

Globalement, les constats de la présente étude montrent que l'accès limité à des services de santé inclusifs et adaptés prodigués par des professionnel(le)s compétent(e)s contribue à l'aggravation de l'état de santé physique et mentale des personnes 2ELGBTQIA+. En raison d'expériences néfastes au sein d'un système de santé qui, trop souvent, paraît hostile ou nuisible, de nombreuses personnes 2ELGBTQIA+ évitent de divulguer des informations médicales importantes aux professionnel(le)s ou ne cherchent pas à se soigner en temps voulu. Ainsi, au Canada, l'accès limité à des soins d'affirmation entraîne directement un cycle de besoins non satisfaits et de déclin du bien-être.

La qualité des soins offerts aux personnes 2ELGBTQIA+ est inférieure à celle de leurs homologues cisgenres et hétérosexuels pour plusieurs raisons, mais les données mettent en évidence trois facteurs importants : **1)** une formation inadéquate des prestataires sur la santé des personnes 2ELGBTQIA+; **2)** un manque de communication inclusive; et **3)** l'absence de soins tenant compte des différences culturelles. Les résultats soulignent notamment que la formation des prestataires de santé constitue un axe d'intervention crucial pour améliorer l'état de santé et la satisfaction des personnes 2ELGBTQIA+.

Principaux Constats:

Inégalités Persistantes en Matière de Santé

- 40 % des personnes 2ELGBTQIA+ déclarent avoir déjà été diagnostiquées comme souffrant d'une **maladie mentale**, un taux deux fois plus élevé que celui des participant(e)s non 2ELGBTQIA+ (20 %).
- La **gravité de la dépression** est la plus élevée chez les personnes pansexuelles (47 %) et asexuelles (45 %), un taux plus de deux fois supérieur à celui des répondant(e)s non 2ELGBTQIA+ (22 %).
- La **gravité de l'anxiété** est la plus élevée chez les répondant(e)s pansexuel(le)s (50 %), soit plus du double par rapport aux personnes non 2ELGBTQIA+ (24 %). Les personnes queers (45 %), asexuelles (47 %) et bispirituelles (45 %) qui ont répondu signalent également des taux d'anxiété disproportionnellement élevés.
- La **prévalence du cancer** est alarmante chez les personnes asexuelles (15 %) et gays (11 %), un taux deux fois plus élevé que celui des participant(e)s non 2ELGBTQIA+ (5 %).

Qualité de Vie Réduite

- Dans les domaines physique, psychologique, environnemental et social, les personnes 2ELGBTQIA+ rapportent systématiquement des niveaux de **qualité de vie (QdV)** inférieurs à ceux de leurs homologues non 2ELGBTQIA+. Ces disparités ne sont pas observées de manière isolée. Notre analyse intersectionnelle révèle que les déterminants sociaux de la santé, tels que le **revenu**, l'**éducation** et la **région géographique** façonnent et amplifient les résultats négatifs.

3

Accès Insuffisant aux Soins et Satisfaction à Leur Égard

- Les services que les personnes 2ELGBTQIA+ considèrent comme les plus importants (p. ex., **soins de santé mentale** et **traitements d'affirmation de genre**) sont considérés comme les moins accessibles et les moins satisfaisants.
 - La satisfaction envers les **services de santé mentale** est inférieure à 30 % parmi les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ en général et encore plus faible parmi les personnes asexuelles (12 %), queers (11 %), au genre fluide (3 %) et bispirituelles (3 %).
-

4

Discrimination Systémique

- Jusqu'à 77 % des personnes bispirituelles interrogées déclarent avoir vécu des expériences de **discrimination dans des établissements de santé**. Nombre d'entre elles décrivent avoir dû cacher leur identité, expliquer certains aspects fondamentaux de leur existence aux prestataires de santé ou mentir sur leur genre ou leur orientation sexuelle pour éviter d'être rejetées, mégenrées, privées de soins ou traitées avec hostilité.
 - Les expériences de discrimination sont plus fréquentes chez les personnes interrogées racialisées et vivant en milieu rural, ce qui souligne les effets cumulatifs de la marginalisation intersectionnelle et l'inégalité des soins selon les régions géographiques.
-

5

Obstacles Structuraux et Méfiance

- La qualité inégale des services de santé (surtout dans les zones rurales et isolées) dissuade de nombreuses personnes de solliciter des soins lorsqu'elles en ont besoin.
- 56 % des personnes 2ELGBTQIA+ se tournent vers des plateformes en ligne pour obtenir des informations médicales, contre 40 % de leurs homologues cisgenres et hétérosexuels. Ces taux plus élevés sont dus à des facteurs connexes tels que le manque d'accès aux soins et une méfiance généralisée envers le système.

Partout au Canada, des parties intéressées importantes, notamment des clinicien(ne)s, des dirigeant(e)s communautaires et des professionnel(le)s du système de santé mettent en lumière des problèmes généralisés qui contribuent à la qualité asymétrique des soins. Ces problèmes incluent le fait de mégenrer les personnes, le manque de connaissances des prestataires de santé au sujet des besoins des personnes 2ELGBTQIA+, l'épuisement professionnel des professionnel(le)s et la représentation limitée des personnes 2ELGBTQIA+ dans les établissements de santé. Les parties intéressées soulignent l'importance des modèles de soins pilotés par la communauté, d'une réforme de la formation, et des mécanismes de responsabilisation systémiques conçus pour améliorer l'équité en matière de santé.

Recommendations pour des changements concrets

Pour relever ces défis, le rapport rose 2025 sur la santé propose plusieurs recommandations favorisant des changements concrets:

1.

Intégrer la santé des personnes 2ELGBTQIA+ dans la formation médicale

Les établissements universitaires, les éducateur(trice)s et les décideur(euse)s politiques devraient collaborer activement avec les communautés 2ELGBTQIA+ pour s'assurer que les audits et les réformes des programmes de santé abordent les enjeux qui importent aux personnes 2ELGBTQIA+ vivant au Canada. Des soins plus équitables sont atteignables à travers des soins tenant compte des traumatismes, des pratiques antioppressives à tous les niveaux d'éducation et de perfectionnement professionnel, et l'intégration d'une formation inclusive qui se fonde sur des données probantes et s'axe sur la diversité des genres.

2.

Développer des services de santé mentale inclusifs aux niveaux fédéral, provincial et institutionnel

Un meilleur accès à des soins de santé mentale financés par l'État qui tiennent compte des différences culturelles, y compris des services d'affirmation du genre, pour tous les Canadiens et toutes les Canadiens. Par ailleurs, une formation obligatoire sur les compétences relatives aux personnes 2ELGBTQIA+ et les approches tenant compte des traumatismes garantira que les personnes 2ELGBTQIA+ bénéficient de ces services de manière égale.

3.

Normaliser la collecte de données inclusives sur le sexe et le genre

Des pratiques respectueuses et normalisées de collecte de données sur le sexe et l'identité de genre devraient être mises en œuvre au niveau fédéral afin de favoriser la détection précoce des disparités et de façonner des soins et des politiques équitables.

4.

Développer des programmes inclusifs de dépistage du cancer et de prévention des maladies chroniques

Les décideur(euse)s politiques, les prestataires de santé et les groupes communautaires devraient créer ensemble des programmes de dépistage du cancer et de prévention des maladies chroniques adaptés aux populations 2ELGBTQIA+, en s'attaquant aux obstacles spécifiques tels que la discrimination et les personnes qui évitent de se soigner.

5.

Effectuer un examen national de l'environnement des services de santé disponibles pour les personnes 2ELGBTQIA+

Les chercheurs et les partenaires universitaires devraient mener une étude dans l'ensemble du Canada afin de cartographier les services, de cerner les manques et de mettre en valeur les atouts régionaux. Ces constats appuieront une planification stratégique et une allocation des ressources plus efficaces pour combler les manques et les écarts existants.

6.

Améliorer l'accès aux services de santé dans les communautés rurales et éloignées

Des efforts aux niveaux fédéral et provincial pour renforcer les soins aux personnes 2ELGBTQIA+ dans les régions mal desservies grâce à des mesures incitatives, des modèles de soins virtuels et des cliniques communautaires contribueront à éviter que la qualité des soins dépende de l'emplacement géographique. Les décideur(euse)s politiques devraient consulter les prestataires de services et les communautés concernées afin d'améliorer l'accès de manière significative.

7.

Rendre les institutions plus sûres en donnant la priorité aux voix des personnes 2ELGBTQIA+

Privilégier l'expérience vécue et le leadership des personnes 2ELGBTQIA+ aide les institutions, les chercheurs et chercheuses ainsi que les responsables médicaux à représenter de manière authentique les véritables perspectives au Canada.

L'embauche de personnes occupant des postes tels que pair aidant ou responsable de l'équité pourrait réduire le fardeau des patients devant défendre leurs propres intérêts et favoriser leur confiance par rapport aux systèmes de santé.

Le rapport rose 2025 sur la santé offre un aperçu national sans précédent des expériences des personnes 2ELGBTQIA+ en matière de santé et de soins au Canada. Il représente l'une des études les plus détaillées à ce jour. Les données présentées démontrent comment le système de santé canadien actuel n'arrive pas à répondre aux besoins des communautés 2ELGBTQIA+, en particulier dans les milieux ruraux et les contextes racialisés. Les personnes interrogées décrivent des expériences marquantes d'exclusion, de stigmatisation et de méfiance, autant d'éléments qui nuisent aux soins et contribuent à générer un cycle de besoins de santé non satisfaits. Ce rapport propose donc des données destinées à fournir aux décideur(euse)s politiques, aux éducateur(trice)s et aux prestataires de soins une orientation claire pour commencer à combler ces manques. Garantir des soins équitables et d'affirmation aux personnes 2ELGBTQIA+ n'est pas seulement une question de justice en matière de santé, il s'agit d'un impératif fondé sur des preuves.

1.2 Remarque sur le Langage Utilisé

Dans le présent document, nous désignons les personnes et les groupes qui s'identifient comme descendant(e)s des civilisations précoloniales du Canada en tant que **personnes autochtones**. Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée pour ce groupe diversifié, nous utilisons ce terme en comprenant que les personnes et les communautés ont l'autonomie de se définir elles-mêmes (Allan et Smylie, 2015).

Le rapport rose 2025 sur la santé adopte le **sigle inclusif 2ELGBTQIA+** pour représenter une population hétérogène ayant des identités sexuelles, des identités de genre et des orientations sexuelles diverses. Ce sigle est dynamique et en constante évolution. Un terme plus ancien, LGBT, signifie **lesbienne, gay, bisexuel et transgenre**. L'ajout de « **Aux deux esprits (2E)** » reconnaît un terme générique utilisé par les cultures autochtones d'Amérique du Nord et décrivant une identité de genre ou sexuelle en dehors des binômes occidentaux (OUTSaskatoon, 2020; Robinson, 2017). Il sert de terme unificateur pour diverses nations autochtones qui reconnaissent et respectent depuis longtemps les rôles de genre non binaires tout en respectant les compréhensions culturelles, spirituelles et linguistiques uniques du genre et de la sexualité au sein des communautés. **Queer** et **En questionnement** (Q) ont été ajoutés afin d'englober un plus large éventail d'identités et d'expériences, tout comme **Intersexé** (I) et **Asexuel** ou **Aromantique** (A), qui élargissent davantage l'inclusivité du sigle. Enfin, le symbole « plus » (+) assure l'inclusion de toutes les autres identités non couvertes par les initiales précédentes.

Nous reconnaissons qu'aucun terme unique ne peut transmettre de manière adéquate toute la gamme des identités sous l'appellation 2ELGBTQIA+. Lorsque nous utilisons ce sigle, nous nous adressons à plusieurs communautés qui s'entrecroisent plutôt qu'à une seule. Il est essentiel de respecter ce à quoi les personnes s'identifient, indépendamment de la terminologie employée dans le présent rapport. C'est pourquoi, lorsque nous citons des entretiens et des déclarations qualitatives, nous respectons le vocabulaire de prédilection de chaque personne participante. Vous trouverez un glossaire des termes utilisés dans l'**annexe A**.

1.3 Objectifs

Il subsiste un manque notable de données complètes et intersectionnelles sur la santé des personnes 2ELGBTQIA+, ce qui empêche les médecins, les chercheurs et les décideur(euse)s politiques de cerner leurs divers besoins de santé et d'y répondre avec précision (Comeau et coll., 2023; Stranges et coll., 2023). Bien que plusieurs organisations communautaires et groupes de recherche aient apporté des contributions essentielles à ce domaine, il reste encore beaucoup à faire pour combler d'importants manques, notamment en matière de collecte de données démographiques normalisées à l'échelle nationale sur le sexe, le genre et l'orientation sexuelle. Cette collecte reste rare dans le système de santé canadien (Gahagan et Subirana-Malaret, 2018; Stranges et coll., 2023).

Les quelques données dont nous disposons sont asymétriques et ne représentent pas fidèlement toutes les identités sous l'appellation 2ELGBTQIA+. Par exemple, les préoccupations des personnes bispirituelles, intersexes et asexuelles sont souvent invisibles dans de nombreux aspects du système de santé. Bien que certains besoins en matière de santé soient communs aux populations 2ELGBTQIA+, ces communautés ne sont pas monolithiques. Dans la mesure où les systèmes de santé et les pratiques de recherche n'ont pas encore pleinement adopté une approche réactive et intersectionnelle, ils n'ont pas abordé les inégalités persistantes en matière de santé chez les personnes 2ELGBTQIA+.

À cette fin, l'objectif principal du rapport rose 2025 sur la santé est de sensibiliser aux disparités persistantes en matière de santé auxquelles sont confrontées les communautés 2ELGBTQIA+ au Canada, en particulier en ce qui concerne les différences intragroupes selon le genre et l'orientation sexuelle. La première étude bilingue, nationale et intersectionnelle de ce type, le présent rapport offre un cadre fondamental pour comprendre les besoins de santé et les expériences vécues des personnes 2ELGBTQIA+. Puisqu'un point de référence est nécessaire pour cerner les disparités en matière de santé entre divers groupes, nous utilisons des données recueillies simultanément auprès de personnes cisgenres et hétérosexuelles comme point de référence pour cette recherche. Ces informations nous permettent de quantifier l'ampleur des disparités, de contextualiser les iniquités et de repérer les domaines où les écarts systémiques sont les plus criants. Sans un tel groupe de référence, il serait difficile de démontrer de manière significative les inégalités en matière de santé.

Nous avons recueilli des données transversales auprès de personnes 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+ partout au Canada, en anglais et en français, afin d'évaluer les informations fournies par les répondant(e)s concernant : 1) leur état de santé, 2) leur accès aux soins de santé, 3) leurs expériences de discrimination dans les établissements de santé, et 4) les priorités de santé cernées par la communauté. En définitive, ce document vise à servir de ressource fiable pour des recherches futures, des reportages médiatiques et la défense des intérêts en matière de santé. Notre objectif est de façonner et de soutenir des initiatives menées dans les milieux universitaires, politiques et communautaires.

1.4 Contexte

Déterminants sociaux de la santé et iniquités en matière de santé

La santé est façonnée par une interaction complexe de facteurs biologiques, comportementaux, sociaux, environnementaux et systémiques, collectivement appelés **déterminants de la santé** (Gouvernement du Canada – Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé, 2024). Ces déterminants de la santé comprennent :

- des facteurs biologiques, tels que la génétique et le sexe;
- des comportements personnels, tels que l'alimentation, l'activité physique et la consommation de substances;

- les environnements sociaux, tels que les réseaux de soutien fournis par la famille, les amis et les communautés;
- l'environnement physique, tel que le lieu de résidence; et
- la disponibilité des services de santé et la qualité des soins médicaux (Eckstrand et coll., 2016; ASPC, 2018).

Les **déterminants sociaux de la santé** sont des facteurs socioéconomiques spécifiques s'inscrivant dans le contexte plus large des déterminants de la santé. Cela inclut la position d'une personne dans la société en fonction de ses revenus, de son niveau d'éducation, de son emploi, de son origine ethnique, de son **sexé**, de son **genre** et de son **orientation sexuelle**, entre autres facteurs (Gouvernement du Canada – Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé, 2024). Étant donné que les déterminants sociaux de la santé influencent considérablement un large éventail de résultats réels en matière de santé et de qualité de vie, les variations de ces déterminants au sein des différentes populations contribuent à des **inégalités en matière de santé**. Il s'agit des différences mesurables en matière de santé ou de résultats médicaux entre des groupes. Lorsque ces différences résultent de désavantages systémiques, de discrimination ou de marginalisation, elles deviennent des **iniquités en matière de santé**.

Les **iniquités en matière de santé** sont des différences **évitables** en matière de santé ou de répartition des ressources sanitaires entre différents groupes, enracinées dans l'injustice sociale (ASPC, 2018). Les iniquités en matière de santé mettent en lumière les dimensions morales et éthiques des disparités sanitaires. Elles soulignent la nécessité de mesures correctives, car l'accès limité aux services de santé et une qualité médiocre de ces derniers entraînent un risque accru de maladie, une espérance de vie moindre et une qualité de vie globalement réduite. La discrimination, le racisme et les traumatismes historiques sont des déterminants sociaux qui entraînent des iniquités en matière de santé pour de nombreux groupes, notamment les peuples autochtones, les personnes noires, les personnes de couleur et les membres de la communauté 2ELGBTQIA+.

Les déterminants sociaux de la santé sont interdépendants. Un facteur influence ou amplifie souvent les effets des autres. Par exemple, la **cishétéronormativité** (l'hypothèse selon laquelle les identités et les relations cisgenres et hétérosexuelles sont la norme) est composée d'autres formes de discrimination, telles que l'âgisme, le capacitisme et le racisme. Lorsque nous abordons le sujet sous un angle intersectionnel, nous constatons que chaque facteur augmente la vulnérabilité des individus à des résultats de santé défavorables (Bauer, 2014; Eckstrand et coll., 2016; Hsieh et Ruther, 2016; Veenstra, 2011).

Des études montrent que la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes 2ELGBTQIA+ rendent plus difficile leur accès à des emplois mieux rémunérés (National Academies of Sciences et coll., 2020). Cela peut entraîner des revenus plus faibles, ce qui à son tour restreint l'accès à une alimentation nutritive, à un logement stable et aux services de santé (Flaubert et coll., 2021; Rolfe et coll., 2020). Un emploi précaire ou mal rémunéré limite également l'accès à l'assurance maladie et aux congés maladie payés, restreignant

ainsi l'accès aux soins préventifs et aux traitements. Ensemble, ces facteurs signifient que des individus doivent souvent travailler alors qu'ils sont malades, ce qui aggrave leur santé et augmente les risques de transmission de maladies à travers la communauté. De même, l'insécurité alimentaire contribue à l'apparition de maladies chroniques, telles que l'obésité et le diabète, qui sont plus difficiles à gérer sans emploi stable ni accès aux soins.

En raison de cette interconnexion, il est extrêmement difficile d'isoler un facteur spécifique comme cause profonde des inégalités et des iniquités en matière de santé. Cela souligne également la nécessité d'adopter des approches globales en matière de réforme médicale pour prendre en compte plusieurs déterminants à la fois afin de favoriser un environnement sanitaire plus équitable pour toutes et tous.

Sexe, genre et orientation sexuelle dans le contexte de la santé

Le sexe, le genre et l'orientation sexuelle influencent profondément les principales causes de décès et de morbidité dans le monde. Pourtant, ces variables, notamment le genre et l'orientation sexuelle, sont rarement indiquées en milieu clinique ou dans la recherche médicale (Comeau et coll., 2023; Gadsden et coll., 2024; Geller et coll., 2018; Hallam et coll., 2023; Heidari et coll., 2016; Mauvais-Jarvis et coll., 2020; Rebekah et coll., 2021; Subramaniapillai et coll., 2024). Ce manque de connaissances est important, car les données recueillies dans le cadre de la recherche éclairent les recommandations cliniques et les politiques de santé. Lorsque les études omettent de prendre en compte ces variables, leurs constats renforcent les inégalités évitables et compromettent la qualité des soins prodigués aux populations marginalisées.

Bien que certaines institutions canadiennes aient récemment publié des lignes directrices visant à promouvoir l'inclusion du sexe, du genre et des groupes minoritaires dans la conception des recherches, leur impact dans le monde réel est limité (IRSC, 2022; Santé Canada, 2023; Johnson et coll., 2009; Merone et coll., 2022; Peters et coll., 2021). Une fois de plus, plusieurs facteurs contribuent à ce problème, notamment le fait que la plupart des études prennent par défaut des jeunes hommes cisgenres hétérosexuels comme sujets de recherche, ainsi qu'un héritage d'endosexonormativité, de cismodernité, d'hétéronormativité et de misogynie. Ces tendances sont encore aggravées par la mauvaise compréhension des définitions du sexe et du genre par les chercheurs (Lowik et coll., 2024). De ce fait, les prestataires de santé ne disposent pas des données, de la formation et des cadres politiques nécessaires pour répondre aux besoins de santé spécifiques des communautés 2ELGBTQIA+. Dans cette section, nous fournissons des définitions claires du sexe, du genre et de l'orientation sexuelle dans le contexte médical afin de réduire la confusion.

Le sexe, le genre et l'orientation sexuelle sont des concepts fluides, liés et complexes qui ont un impact significatif sur la santé d'un individu et sur les résultats liés à la santé (c.-à-d., les déterminants de la santé) (Comeau et coll., 2023). Comme nous l'avons mentionné précédemment, les gens confondent souvent sexe et genre malgré les efforts importants

déployés dans le secteur de la santé pour favoriser la précision, l'exactitude, l'uniformité, l'inclusivité et la clarté (Sumerau, 2020). Lorsque les chercheurs et les éducateur(trice)s adoptent des définitions coloniales, racistes et hétérosexistes du sexe et du genre, ils effacent souvent des établissements de santé les personnes intersexes, bispirituelles, trans et ayant une diversité du genre (Lowik et coll., 2024).

Le **sexe** modifie la physiologie et la maladie via une régulation génétique, épigénétique et hormonale (Mauvais-Jarvis et coll., 2020). En d'autres termes, le sexe fait référence aux caractéristiques biologiques et physiques associées aux catégories « intersex », « femelle » et « mâle » (Shannon et coll., 2019). **Intersex** est un terme générique utilisé pour décrire les personnes nées avec une anatomie reproductive, des caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires, des hormones ou des chromosomes différents des caractéristiques associées à la biologie féminine ou masculine. Inversement, le terme **endosex** désigne les personnes dont les caractéristiques correspondent aux catégories que le système médical considère comme féminine ou masculine.

Les différences liées au sexe peuvent influencer la prédisposition d'une personne à certaines maladies, sa réponse aux traitements et son état de santé général. Par exemple, des hormones comme l'œstrogène et la testostérone affectent la santé cardiovasculaire, la densité osseuse et la santé mentale, entre autres aspects de la santé (Eckstrand et coll., 2016). Des affections telles que le cancer du col de l'utérus et de la prostate dépendent également du sexe. Lors de l'évaluation des patients, les professionnel(les) de la santé doivent comprendre quels aspects du genre et du sexe ont un impact sur la symptomatologie et les facteurs de risque. Cela comprend notamment de veiller à ce que les patients bénéficient d'un dépistage approprié. Bien que le dépistage du cancer du col de l'utérus soit généralement recommandé aux femmes, ce sont en réalité les personnes possédant un col de l'utérus qui doivent être dépistées, quel que soit leur sexe.

Le **genre** se réfère à l'identité et à l'expression d'une personne par rapport à des catégories culturellement construites. Par conséquent, le genre est une **construction sociétale et culturelle** qui influence la façon comment les gens se perçoivent et sont perçus par les autres (Manandhar et coll., 2018). La **cisnORMATIVITÉ** est une idéologie coloniale dominante qui presuppose que le sexe et le genre s'alignent toujours de manière prévisible, sans tenir compte des aspects historiques et culturels du genre. L'idée que les personnes trans et non binaires seraient un phénomène récent est infondée et repose sur une méconnaissance du fait que la fluidité des genres existe depuis longtemps, notamment dans les sociétés précoloniales. Les normes de genre binaires restrictives et historiques ont un effet négatif reconnu sur la santé et le bien-être des personnes ayant une diversité de genre ainsi que des personnes cis (Comeau et coll., 2023). L'inégalité entre les genres entraîne une augmentation des risques pour la santé en raison de valeurs, de normes, de croyances et de pratiques discriminatoires. En raison de l'interdépendance des déterminants sociaux de la santé, cette inégalité accroît également les risques de maladies, d'invalidité et de blessures, ainsi que les préjugés dans la recherche et les systèmes de santé (Shannon et coll., 2019).

L'**orientation sexuelle** est un schéma d'attraction émotionnelle, sexuelle et/ou romantique.

Elle se distingue du **comportement sexuel ou romantique**, qui fait référence aux actes ou partenaires spécifiques d'une personne donnée (StatCan, 2024). Alors que l'orientation décrit envers qui une personne ressent de l'attraction au fil du temps, le comportement décrit ce qu'elle fait. Ces aspects ne se conforment pas toujours. Par exemple, une personne peut s'identifier comme étant gay, mais avoir des partenaires de genres multiples. Le fait de prendre en compte le risque clinique uniquement sur la base de l'orientation peut donc conduire à des soins inappropriés ou à des microagressions. Les directives tenant compte des différences culturelles recommandent de poser directement des questions sur les comportements afin de garantir une évaluation précise des risques, un dépistage approprié et des soins respectueux et individualisés.

Travail de défense des intérêts au Canada

Les groupes de défense des intérêts au Canada ont réalisé des progrès importants dans l'amélioration de la santé des personnes 2ELGBTQIA+ grâce à la recherche, aux programmes communautaires et aux initiatives politiques. Par exemple, **Egale Canada** a joué un rôle déterminant dans la réalisation de recherches sur l'accès aux soins de santé pour les femmes LBQ, les personnes trans et non binaires, et les personnes LGBTQI âgées. Rien qu'en 2023, leurs efforts ont appuyé le développement de programmes de formation inclusifs en milieu scolaire et professionnel pour plus de 4 200 personnes (Our Impact: Egale Canada, 2024). Des organisations comme **It Gets Better Canada**, le **Centre canadien pour la diversité des genres et de la sexualité** (CCDGS) et la ligne d'assistance jeunesse LGBT **LGBT YouthLine** ont également lancé la campagne #YouthVoicesWillPrevail, qui visait à amplifier la voix des jeunes queers et trans face à la montée de la violence anti-2ELGBTQIA+ (*It gets better Canada: YouthVoicesWillPrevail*, 2023). Cette initiative lutte contre la haine et à offre aux jeunes une plateforme d'expression et de défense de leurs intérêts. **Trans PULSE Canada** a également joué un rôle essentiel dans la promotion de la santé des personnes 2ELGBTQIA+ au Canada. Leurs recherches communautaires ont mis en évidence des disparités critiques en matière de santé, telles que des taux élevés de besoins médicaux non satisfaits et des obstacles à l'accès aux soins d'affirmation de genre (Scheim et coll., 2021). En 2023, le gouvernement fédéral s'est engagé à améliorer la santé mentale des personnes 2ELGBTQIA+ en investissant 2,8 millions de dollars dans des programmes communautaires, comme « *Investigaytors* » du **Centre de recherche communautaire**, qui visait à améliorer les connaissances et le soutien en matière de santé mentale au sein des communautés 2ELGBTQIA+ (*Le gouvernement du Canada investit 2,8 millions de dollars pour appuyer la santé mentale des personnes 2ELGBTQI+*, 2023).

Collectivement, ces efforts témoignent d'une prise de conscience croissante des besoins de santé des personnes 2ELGBTQIA+ et d'un engagement à bâtir des environnements inclusifs et solidaires partout au Canada. Cependant, **d'importants manques persistent en matière de connaissances, notamment en ce qui concerne l'accès équitable aux soins. La résurgence de la violence anti-2ELGBTQIA+ suscite une inquiétude croissante pour la sécurité, la dignité et la santé de ces communautés.**

1.5 Méthodologie

Pink Triangle Press a mandaté Environics Research pour mener des recherches en vue du présent rapport rose 2025 sur la santé. L'étude a été menée en deux phases. La première consistait à développer et à proposer une **enquête pancanadienne**. Dans la seconde, Environics Research a mené des **entretiens structurés auprès des principales parties intéressées** pour obtenir des informations plus approfondies sur les constats de l'enquête.

L'enquête de 15 minutes a été élaborée en anglais et en français. Elle comprenait des questions concernant :

- **l'état de santé**
- **l'accès aux soins de santé**
- **les expériences de stigmatisation et de discrimination**
- **les priorités en matière de santé**

L'enquête comprenait des éléments quantitatifs et qualitatifs (c.-à-d. des questions ouvertes) pour une compréhension plus approfondie des disparités existantes en matière de santé dans le système de santé canadien. Les données ont été recueillies entre le 19 mars et le 7 avril 2025.

Seize entretiens structurés avec des parties intéressées ont eu lieu entre le 27 mars et le 7 mai 2025. Ces études ont été menées auprès de personnes spécialisées dans la santé des personnes 2ELGBTQIA+. Parmi les personnes interviewées, on trouve des dirigeant(e)s du secteur de la santé, des professionnel(le)s de la santé, des étudiant(e)s en médecine, des chercheur(euse)s et des parties intéressées autochtones. Ces personnes résident en Ontario, au Québec, en Saskatchewan, en Alberta, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Colombie-Britannique.

Pour consulter la méthodologie détaillée, veuillez vous référer à l'**annexe B**.

Caractéristiques sociodémographiques des participant(e)s

Au total, 2 110 personnes ont répondu à l'enquête, dont la pluralité provenait de l'Ontario (40 %), suivi des provinces de l'Ouest canadien (30 % du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique) et du Québec (24 %). Les participant(e)s des provinces de l'Atlantique représentaient 6 % du total des répondant(e)s (figure 1).

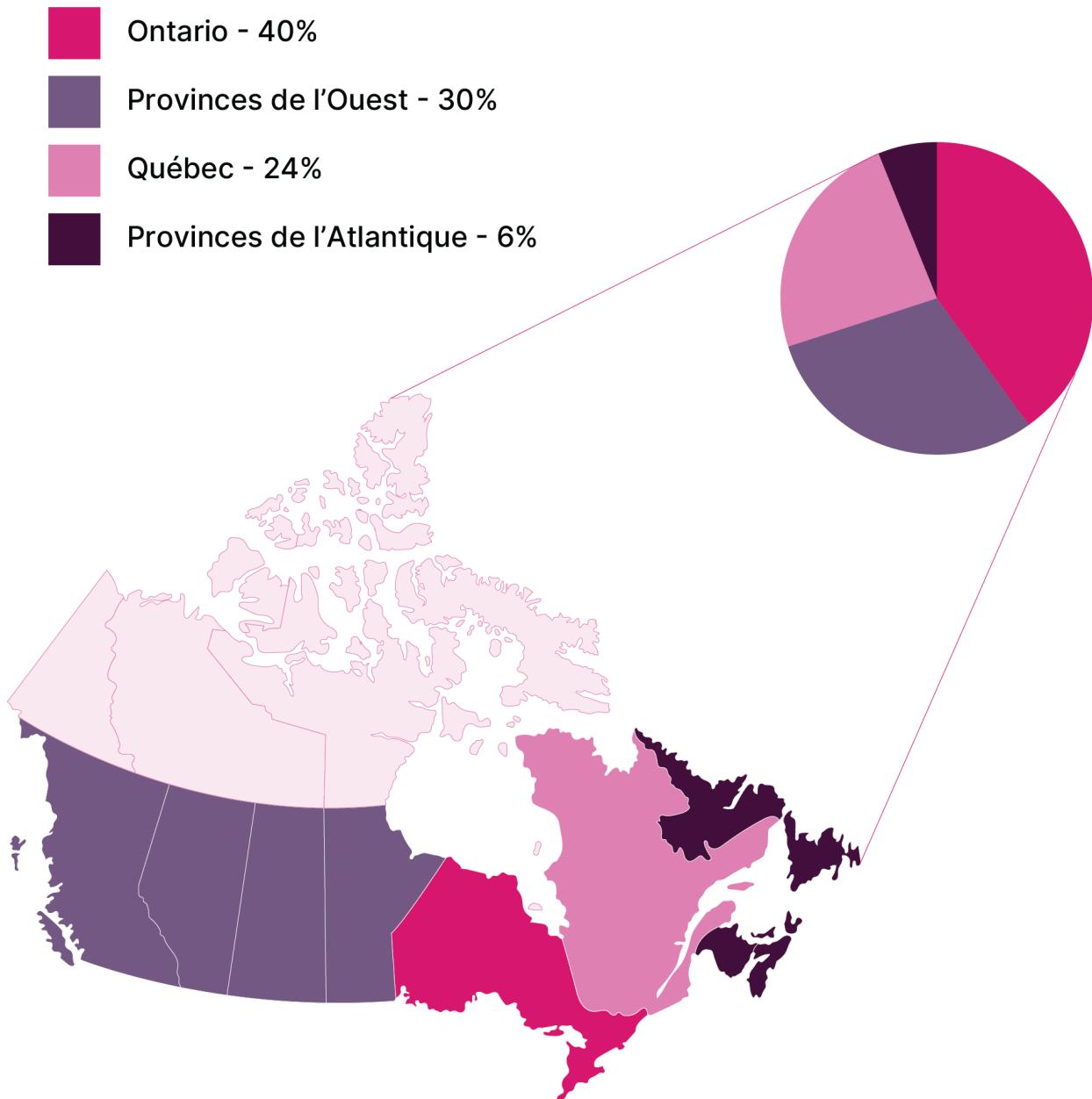


Figure 1: Répartition géographique des participant(e)s à l'étude

Parmi les 2 110 répondant(e)s, 1 527 ont fourni des informations supplémentaires sur leur sexe, s'identifiant tant qu'homme (48 %, n = 727) ou que femme (51 %, n = 778). Cinquante pour cent (n = 1 062) des participant(e)s se sont identifié(e)s comme 2ELGBTQIA+ tandis que l'autre moitié représentait des participant(e)s non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048). Au sein du groupe 2ELGBTQIA+, 8 % (n = 85) des participant(e)s s'identifiaient comme des personnes **intersexes**. Les **identités de genre** les plus fréquemment signalées sont « **homme cis** » (38 %) et « **femme cis** » (37 %). 8 % des répondant(e)s se sont identifié(e)s comme **non**

binaires, 4 % comme des **hommes trans** et 3 % comme des **femmes trans** (tableau 1). Les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ déclarent être **bisexuel(le)s** (34 %), **gays** (29 %) et **lesbiennes** (12 %), **pansexuel(le)s** (9 %), **hétérosexuel(le)s** (8 %), **queers** (8 %) et **asexuel(le)s** (6 %). **Bispirituel** a été respectivement déclaré comme une identité de genre et une orientation sexuelle par 3 % et 2 % des répondant(e)s 2ELGBTQIA+.

Tableau 1 : Identités de genre et orientations sexuelles déclarées par les personnes 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+.

Identité de genre, n(%)	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
Homme cis	38%	50%
Femme cis	37%	50%
Non binaire	8%	-
Homme trans	4%	-
Femme trans	3%	-
Bispirituel(le)	3%	-
Agenre	3%	-
Genre fluide	3%	-
Bigenre	3%	-
Genre queer	3%	-
En questionnement	3%	-
Préfère s'autodécrire	2%	-

Orientation sexuelle, n(%)	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
Bisexuel(le)	34%	-
Gay	29%	-
Lesbienne	12%	-
Pansexuel(le)	9%	-
Hétérosexuel(le)	8%	100%
Queer	8%	-
Asexuel(le)	6%	-
Demisexuel	3%	-
En questionnement	3%	-
Aromantique	2%	-
Bispirituel(le)	2%	-
Polysexuel(le)	1%	-
Préfère s'autodécrire	4%	-

* Veuillez noter que la somme des colonnes ne représente pas 100 %, car les choix de réponses concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre n'étaient pas mutuellement exclusifs (c.-à-d., que certaines personnes s'identifient à plusieurs catégories).

Pour obtenir une description plus détaillée des participants à l'enquête, veuillez vous référer à l'**annexe B**.

Historique Clinique



Pour évaluer efficacement les disparités existantes en matière de santé, le rapport rose 2025 sur la santé a recueilli des données sur les **principaux problèmes de santé** des répondant(e)s. Il a également été demandé aux populations 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+ de divulguer leurs diagnostics médicaux antérieurs. Cette approche a été choisie en vue d'une analyse comparative de l'état de santé des différentes populations dans le but d'éclairer des politiques de santé équitables et des interventions systémiques. En repérant les principales différences dans les conditions et les préoccupations signalées, ces efforts ont produit des données de référence essentielles pour orienter la planification de soins de santé inclusifs et pour répondre aux besoins non satisfaits au sein des communautés 2ELGBTQIA+.

2.1 Principaux Problèmes de Santé et Conditions Médicales Déclarées par les Répondant(e)s

Comparativement aux personnes non 2ELGBTQIA+, les communautés 2ELGBTQIA+ font état de taux d'inquiétude disproportionnellement élevés dans la plupart des domaines liés à la santé.

Les problèmes de santé les plus fréquemment cités par les personnes 2ELGBTQIA+ sont les suivants:

1. Compétences des professionnel(le)s de santé (43 %);
2. Respect dans les soins de santé (32 %);
3. Sentiment de sécurité et de compréhension dans les établissements de santé (36 %);
4. Prix des soins de santé ou des médicaments (42 %).

Ces taux sont systématiquement et considérablement plus élevés que ceux rapportés par les répondants non 2ELGBTQIA+, ce qui suggère des obstacles systémiques pour obtenir des soins sûrs, inclusifs et abordables. De plus, les participant(e)s 2ELGBTQIA+ sont plus de deux fois plus susceptibles de citer la **santé sexuelle (20 %)** et les **soins d'affirmation de genre (8 %)** comme principaux problèmes de santé, ce qui souligne davantage les besoins non satisfaits propres à ces communautés (**figure 2**).

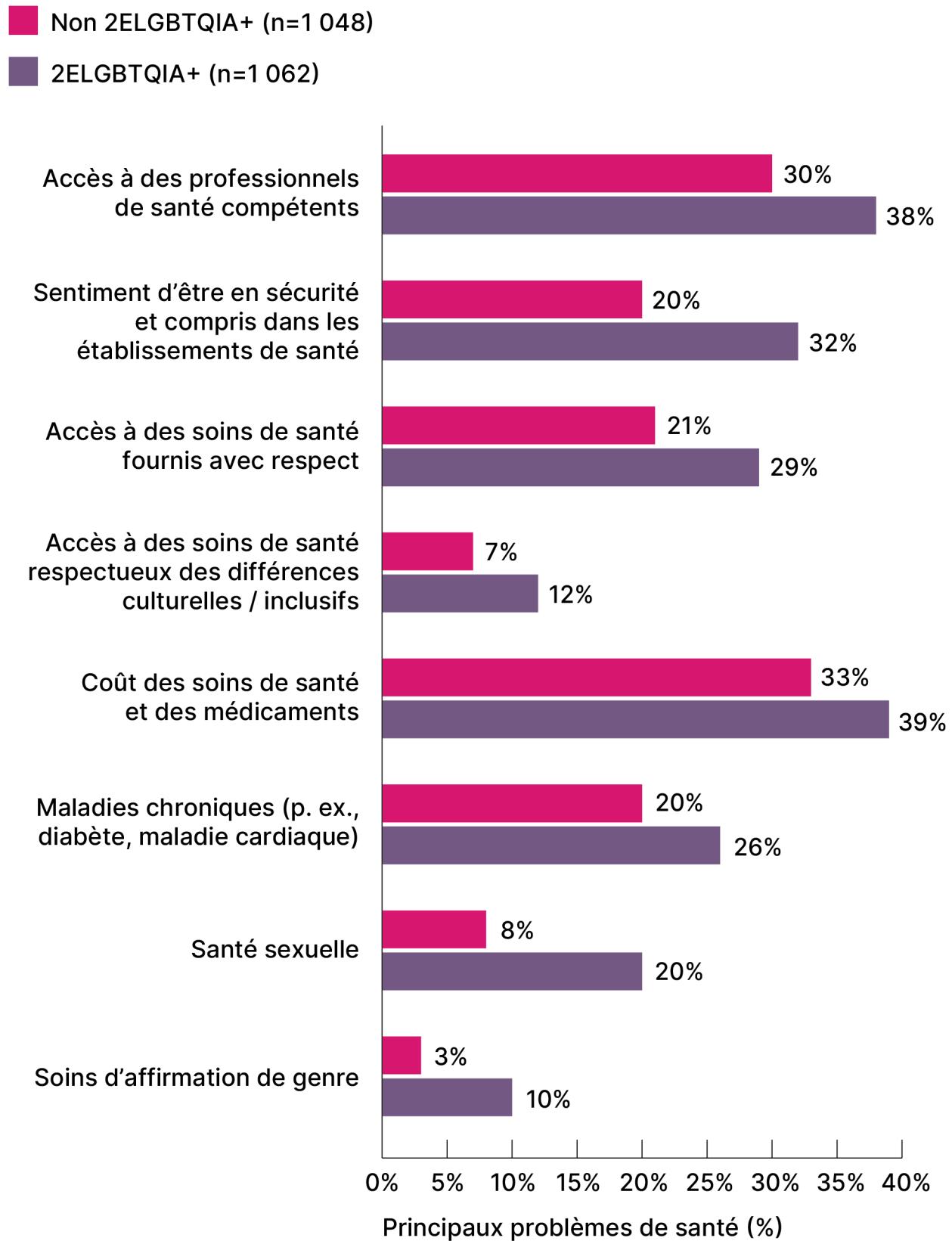


Figure 2: Problèmes de santé les plus fréquemment signalés

Parmi les personnes 2ELGBTQIA+ interrogées, les taux de maladies chroniques et de cancer sont plus élevés que chez les personnes non 2ELGBTQIA+.

Les données révèlent des disparités substantielles au niveau des **antécédents cliniques** et des **problèmes de santé signalés** entre les personnes 2ELGBTQIA+ et leurs homologues non 2ELGBTQIA+. Parmi les membres des communautés 2ELGBTQIA+, les taux de **maladies digestives (17 %)** sont considérablement plus élevés que parmi les répondants non 2ELGBTQIA+ (11 %). Des taux particulièrement élevés sont enregistrés chez les personnes qui s'identifient comme **pansexuelles (28 %), queers (24 %) et bispirituelles (27 %)** (figure 3).

Ces résultats sont surprenants étant donné le peu de preuves existantes liant l'identité 2ELGBTQIA+ à des taux plus élevés de maladies digestives. Ces constats soulignent la nécessité d'étudier les facteurs sous-jacents tels que le stress chronique, les obstacles aux soins de santé et les comorbidités.

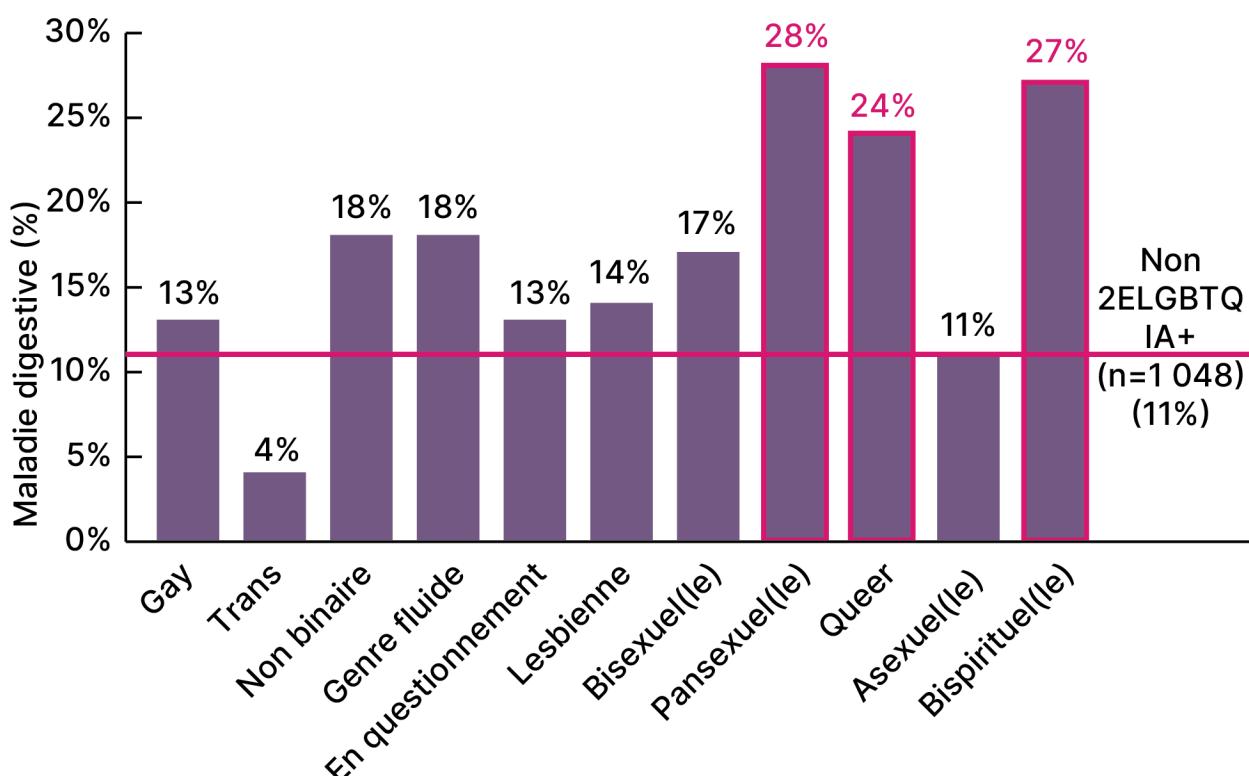


Figure 3: Diagnostics déclarés de maladies digestives (%)

La prévalence de l'**asthme** et de l'**obésité** suit des schémas similaires avec les personnes **pansexuelles**, chez qui l'on retrouve des niveaux les plus élevés dans les deux catégories (**22 %** et **20 %**, respectivement) (figures 4 et 5).

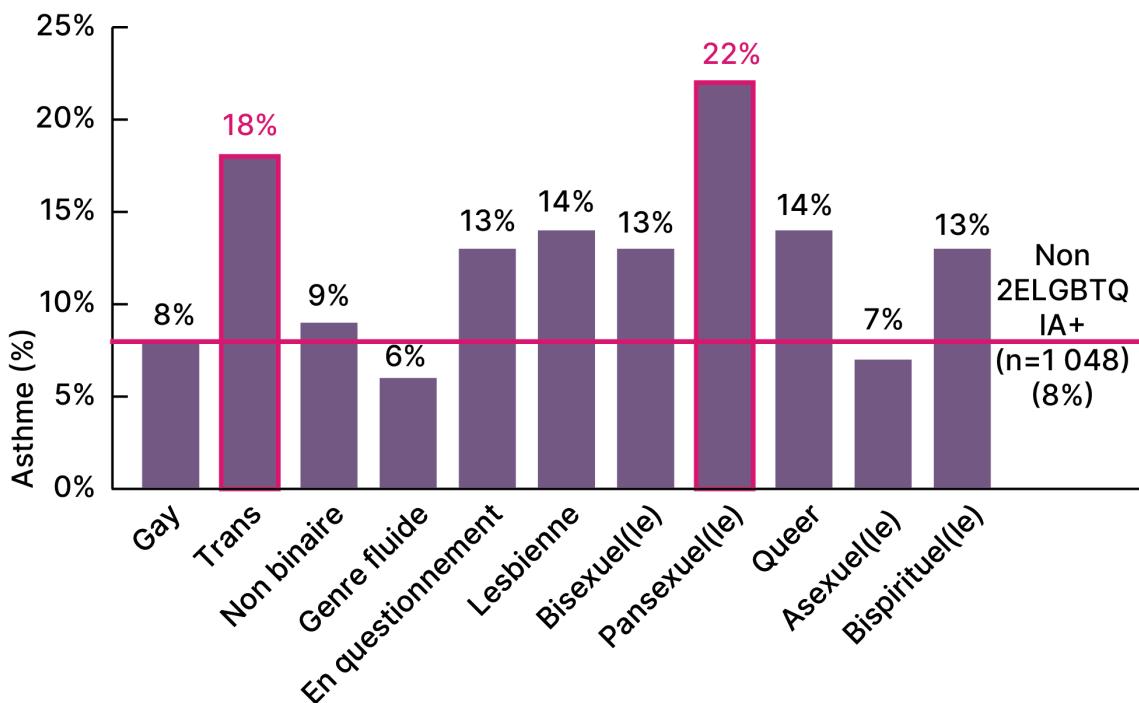


Figure 4: Diagnostic d'asthme déclaré (%)

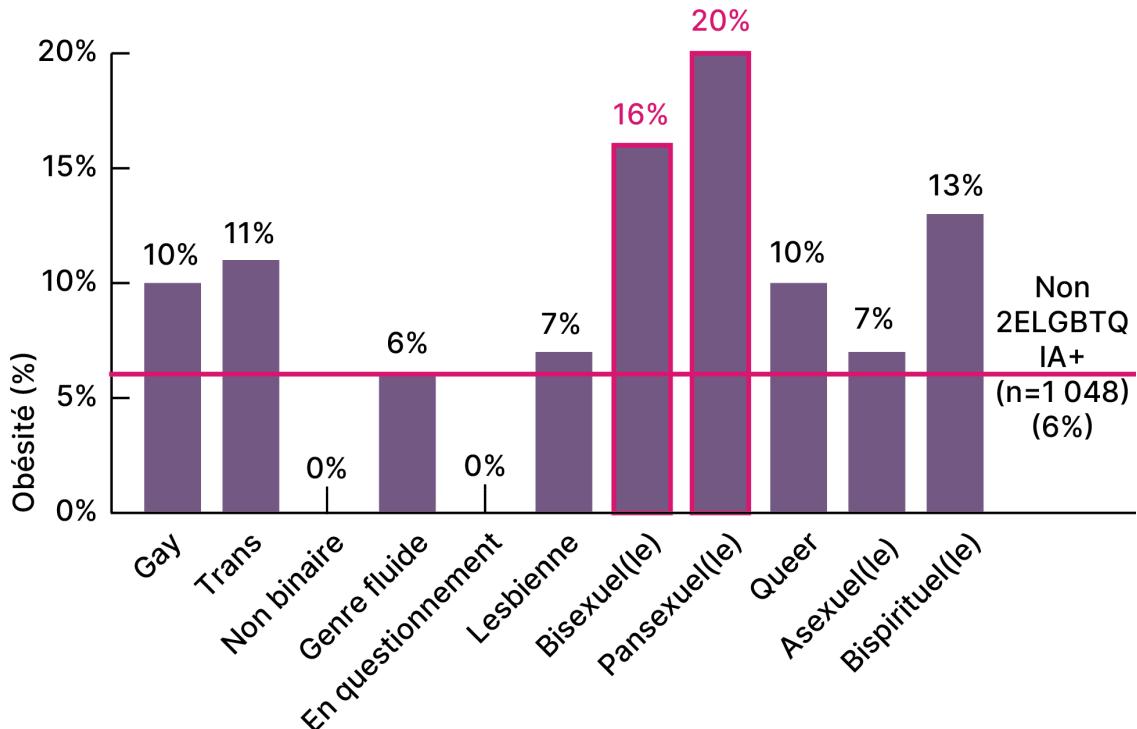


Figure 5: Obésité déclarée (%)

La **douleur chronique** est également disproportionnellement fréquente au sein des communautés 2ELGBTQIA+. Fait alarmant, les taux signalés par les personnes interrogées **queers (28 %)** et **bispirituelles (27 %)** sont plus de **cinq fois supérieurs** à ceux de la population non 2ELGBTQIA+ (**5 %**), soulignant une disparité sanitaire critique et non prise en compte (figure 6).

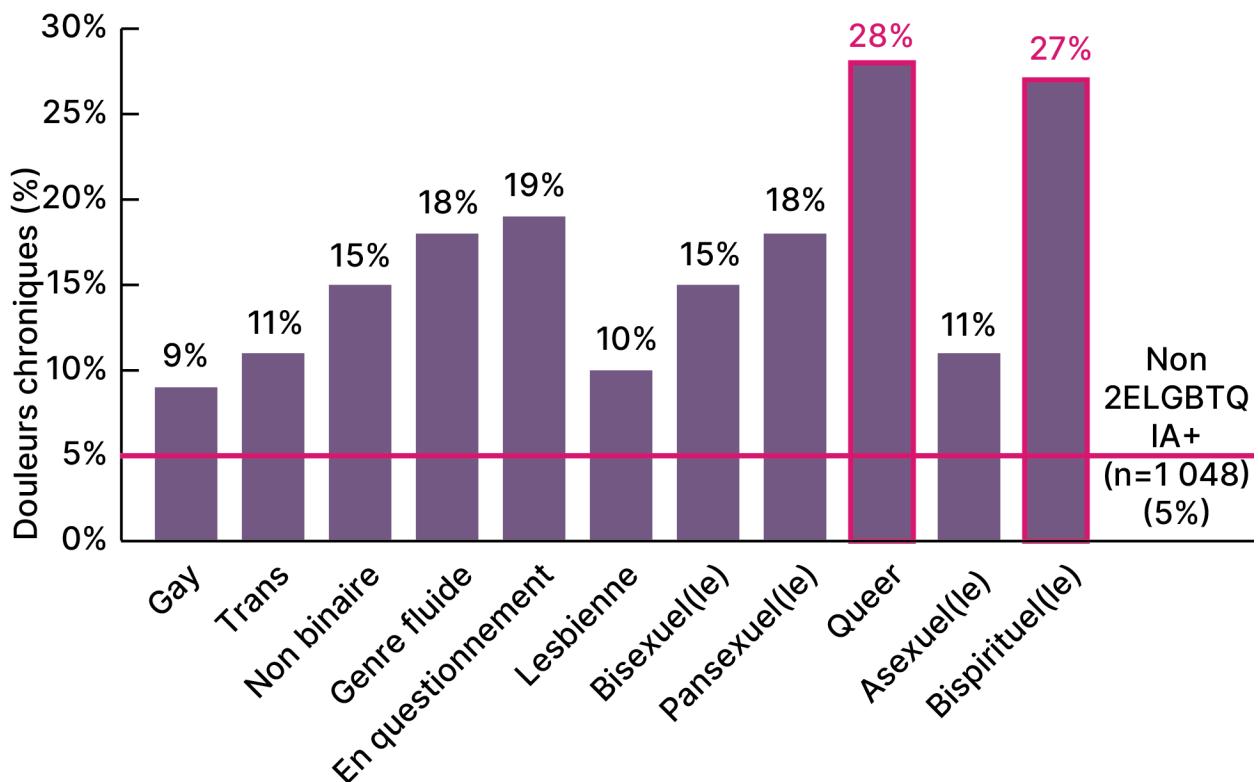


Figure 6: Douleur chronique déclarée (%)

Bien que, globalement, la **prévalence du cancer** parmi les personnes 2ELGBTQIA+ (**6 %**) dépasse seulement légèrement celle parmi les répondant(e)s non 2ELGBTQIA+ (**5 %**), cet aperçu global masque d'importantes disparités au sein de sous-groupes spécifiques. Les personnes interrogées **asexuelles** et **gays** signalent des taux alarmants de diagnostic de cancer, soit **15 %** et **11 %**, respectivement (figure 7).

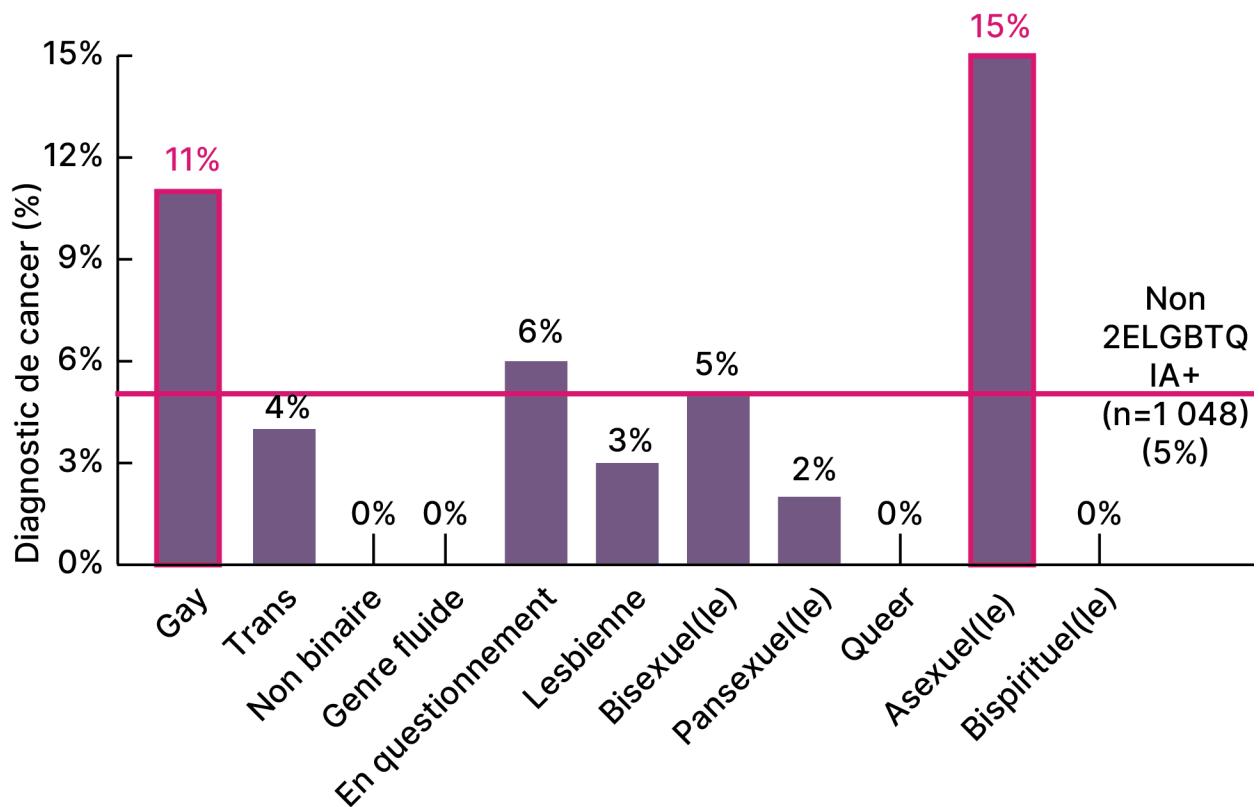


Figure 7: Diagnostics de cancer déclarés (%)

Pris ensemble, ces constats illustrent les lacunes alarmantes des données agrégées pour les personnes 2ELGBTQIA+. Autrement dit, l’analyse des données de manière agrégée masque de graves problèmes de santé qui touchent des communautés spécifiques. Par exemple, les taux élevés de cancer chez les personnes gays et asexuelles peuvent refléter un dépistage du cancer retardé ou évité, ou indiquer un manque d’informations concernant l’importance d’un dépistage régulier, même pour les personnes qui ne sont pas sexuellement actives. Il est important de noter que la littérature existante indique que les personnes trans, non binaires et intersexes sont plus susceptibles de retarder ou d’éviter le dépistage du cancer en raison d’expériences passées de stigmatisation, de mégenre ou d’un manque de soins tenant compte des différences culturelles (Charron et coll., 2022; Comeau et coll., 2023; Gayhart, 2025; Kcomt et coll., 2020; Ragosta et coll., 2023). Tous ces obstacles contribuent au sous-diagnostic et aux diagnostics tardifs. Les tendances observées dans les données soulignent le besoin urgent pour chaque province de **mettre en œuvre des stratégies de dépistage du cancer inclusives et ciblées qui tiennent compte des obstacles et des manques d’informations spécifiques auxquels sont confrontées les communautés 2ELGBTQIA+**.

2.2 Santé Mentale

Les personnes 2ELGBTQIA+ sont beaucoup plus susceptibles de citer la santé mentale comme une préoccupation majeure (51 %) que leurs pairs non 2ELGBTQIA+ (31 %).

La santé mentale est une préoccupation croissante pour les Canadiens et Canadiennes et une disparité connue en matière de santé pour les membres des communautés 2ELGBTQIA+ (Comeau et coll., 2023; Georgiades, 2021). En effet, le problème de santé le plus fréquemment cité par les personnes interrogées 2ELGBTQIA+ est la **santé mentale** (figure 8).

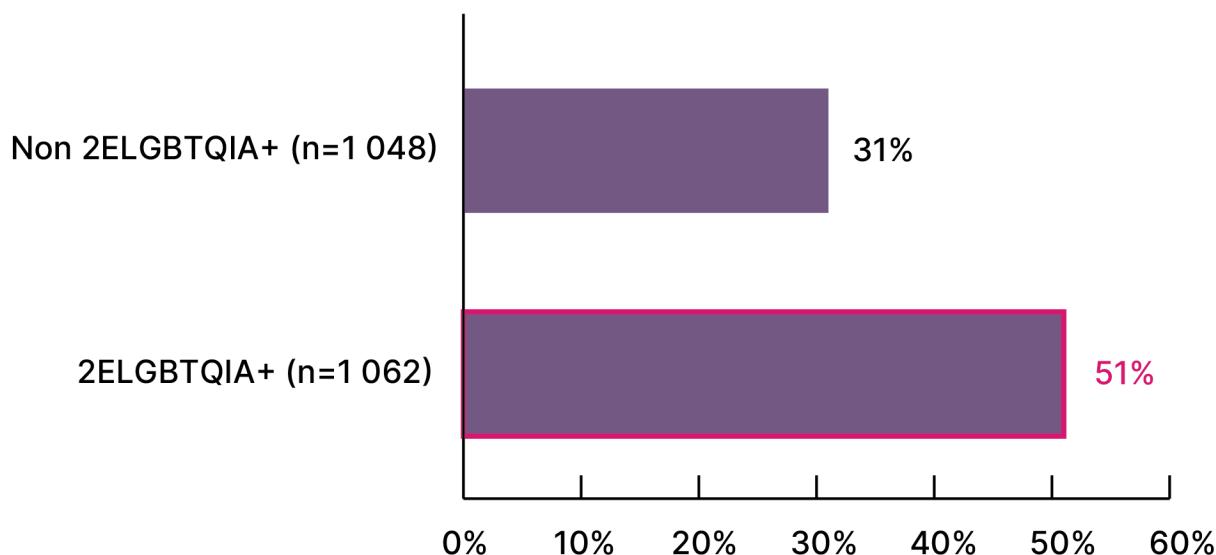


Figure 8: La santé mentale est le principal problème de santé au sein des communautés 2ELGBTQIA+

Interrogées sur leurs antécédents médicaux en matière de santé mentale, presque **40 % des personnes 2ELGBTQIA+** déclarent avoir été diagnostiquées au moins une fois comme souffrant d'un trouble de santé mentale, soit **deux fois le taux enregistré pour les personnes non 2ELGBTQIA+ (20 %)**. Des taux de diagnostic élevés sont observés pour toutes les identités au sein de la catégorie 2ELGBTQIA+, avec une prévalence particulièrement élevée parmi les personnes s'identifiant comme **pansexuelles (52 %)**, **queers (52 %)**, **lesbiennes (50 %)** et **bisexuelles (47 %)** (figure 9).

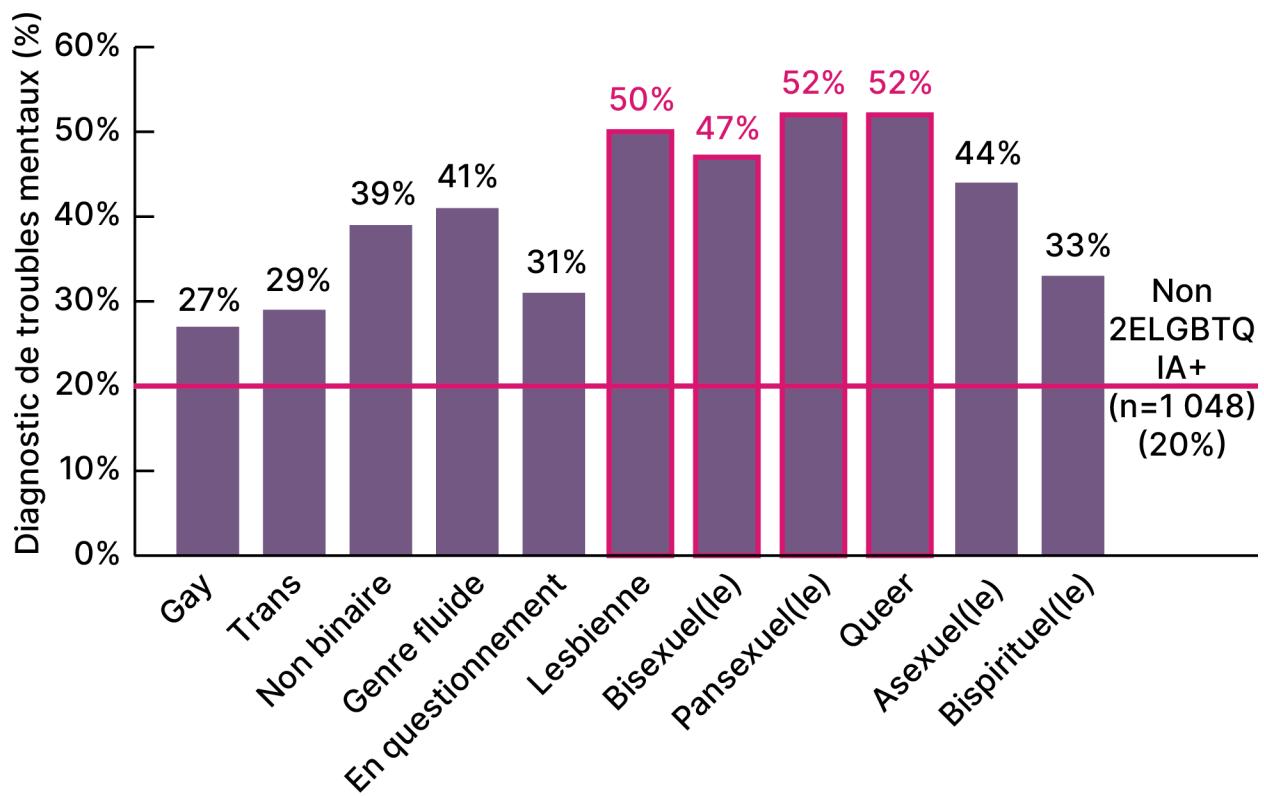


Figure 9: Prévalence des diagnostics de santé mentale dans les communautés 2ELGBTQIA+

Bien que les troubles de santé mentale touchent tout le monde, ces constats soulignent le fardeau disproportionné que représentent les troubles de santé mentale pour les communautés 2ELGBTQIA+. Il est également important de noter que les problèmes de santé mentale au sein des communautés 2ELGBTQIA+ pourraient même être sous-évalués. Des obstacles systémiques, notamment l'accès limité à des soins d'affirmation, les expériences de stigmatisation et de discrimination, et le manque de professionnel(le)s de la santé tenant compte des différences culturelles, peuvent dissuader des individus de chercher un diagnostic ou un traitement. En nous attaquant à ces disparités grâce à des services de santé mentale opportuns, inclusifs et respectueux de l'identité, nous améliorerons les résultats pour les personnes 2ELGBTQIA+ et nous ferons progresser l'équité et la réactivité globales des systèmes de santé mentale au Canada. Ces difficultés d'accès sont explorées plus en détail dans la section 3.0 : Accès aux soins de santé.

La gravité de la dépression et de l'anxiété est la plus élevée chez les personnes pansexuelles (47 % et 50 %, respectivement) et asexuelles (45 % et 47 %, respectivement), soit des taux deux fois plus importants que chez les répondants non 2ELGBTQIA+ (22 % et 25 %, respectivement).

L'anxiété et la dépression représentent les troubles de santé mentale les plus courants à l'échelle mondiale et au Canada, ce qui en fait des indicateurs clés du bien-être psychologique au niveau de la population. Afin de fournir des évaluations détaillées des disparités en matière de santé mentale, la présente étude a utilisé des **outils d'évaluation clinique validés** pour comparer la gravité de l'anxiété et de la dépression entre les populations 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+. Cette approche favorise une meilleure compréhension des conséquences des iniquités systémiques sur la santé mentale.

Les constats révèlent une gravité de la dépression plus élevée chez l'ensemble des personnes 2ELGBTQIA+ interrogées (32 % contre 22 % chez les répondants non 2ELGBTQIA+), mais les analyses de sous-groupes montrent des disparités encore plus marquées. Certaines communautés, telles que les personnes **pansexuelles (47 %) et asexuelles (45 %)**, signalent un taux presque deux fois supérieur à celui des personnes non 2ELGBTQIA+. À l'exception des participant(e)s gays, dont les résultats correspondent à ceux des répondant(e)s non 2ELGBTQIA+, tous les groupes rapportent des niveaux de dépression disproportionnellement élevés, les personnes pansexuelles et asexuelles présentant les résultats les plus élevés (figure 10).

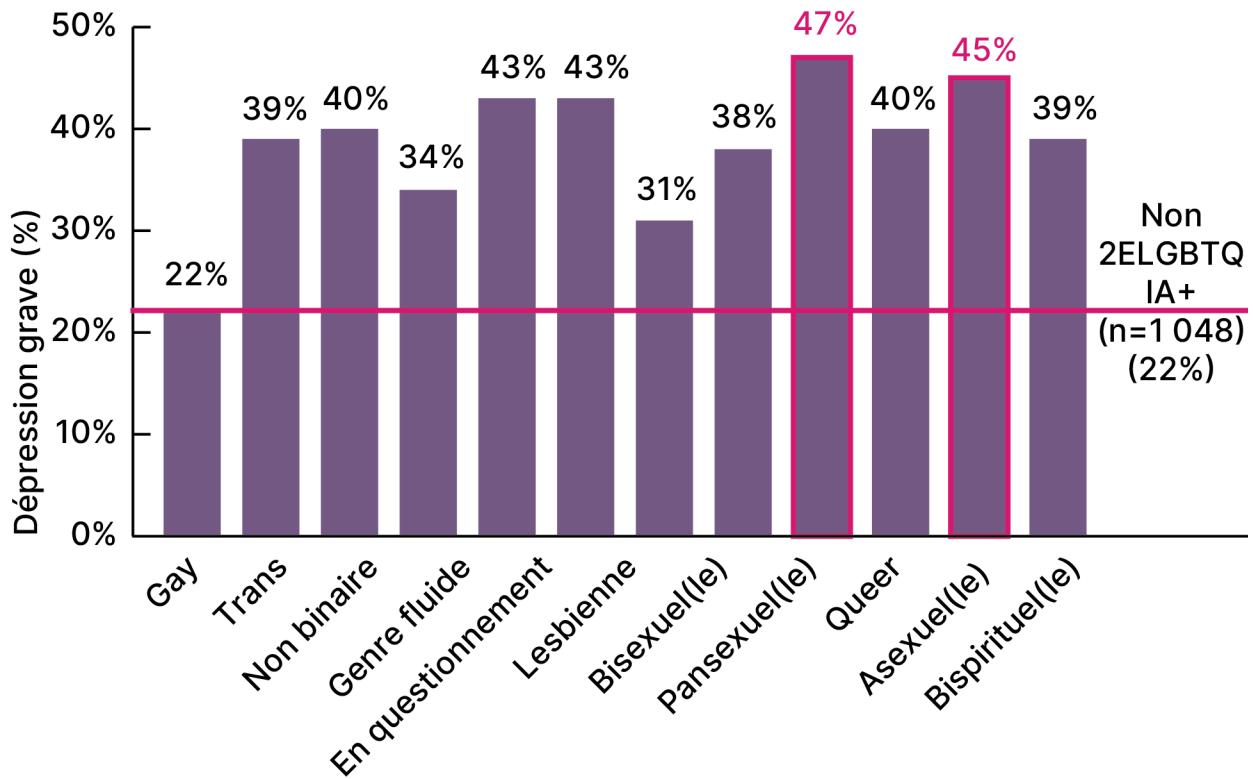


Figure 10: Gravité de la dépression dans les communautés 2ELGBTQIA+

Les données relatives à la gravité de l'anxiété révèlent des résultats similaires. La plupart des communautés 2ELGBTQIA+ signalent des résultats d'anxiété considérablement plus élevés que leurs homologues non 2ELGBTQIA+ (25 %) (figure 11). Encore une fois, les **répondant(e)s gay** ne présentent **pas** des niveaux de gravité de l'anxiété plus élevés que les personnes non 2ELGBTQIA+. Ils présentent d'ailleurs une prévalence identique. Les personnes présentant les niveaux d'anxiété les plus élevés sont celles qui s'identifient comme **pansexuelles (50 %)**, **en questionnement (47 %)**, **asexuelles (47 %)**, **trans (45 %)**, **queers (45 %)** et **bispirituelles (45 %)**.

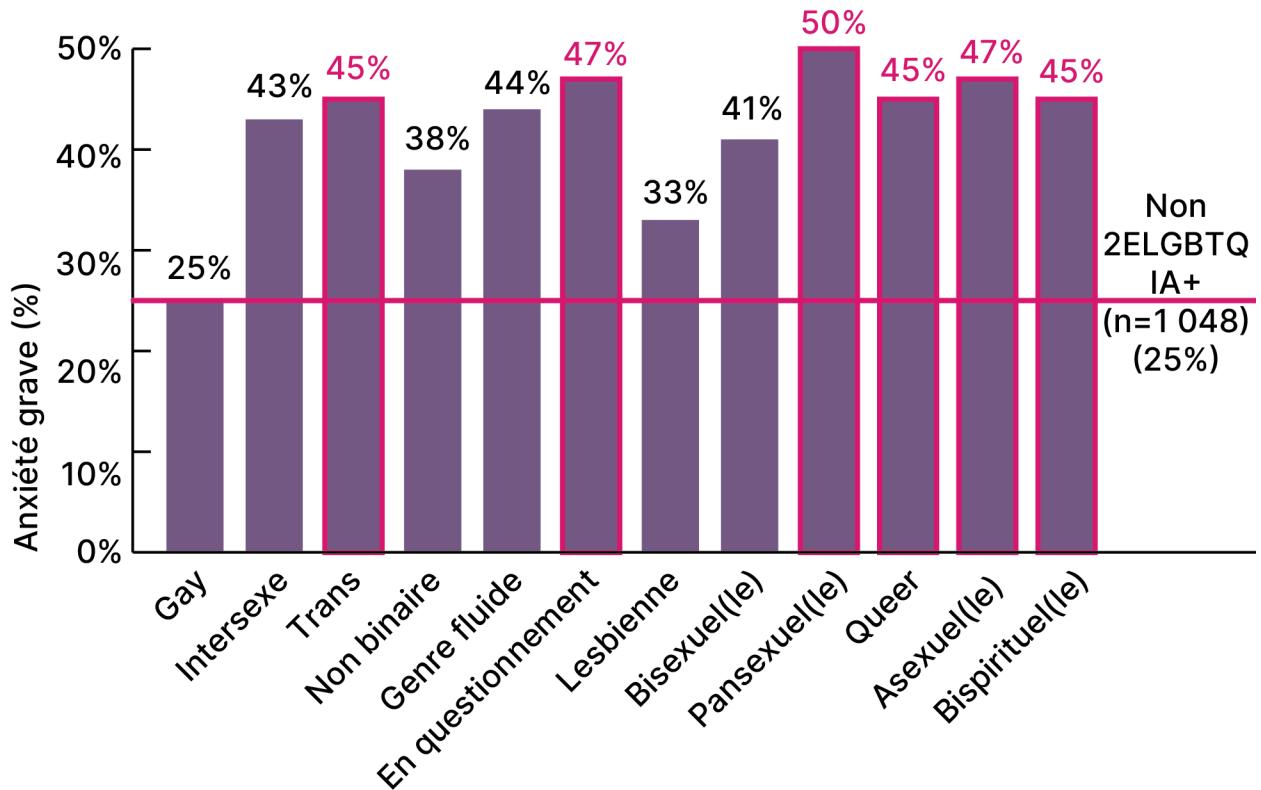


Figure 11: Gravité de l'anxiété dans les communautés 2ELGBTQIA+

Ces constats mettent en lumière des disparités critiques en matière de santé mentale au sein des communautés 2ELGBTQIA+. La gravité de la dépression et de l'anxiété parmi les **personnes pansexuelles, asexuelles, trans, en questionnement, queers et bispirituelles** révèle un schéma de détresse psychologique profondément enraciné. Ces données illustrent les effets cumulatifs de la cishétéronormativité.

Les entretiens avec les parties intéressées confirment également ces tendances quantitatives. Les données qualitatives confirment le fardeau persistant des problèmes de santé mentale, notamment la **dépression, l'anxiété, les traumatismes et la neurodivergence** au sein des populations 2ELGBTQIA+. Les répondant(e)s soulignent que ces problèmes sont particulièrement marqués parmi les personnes **trans, non binaires et bispirituelles**, tous ces éléments étant liés à des expériences cumulatives d'exclusion sociale, de stigmatisation et de discrimination. Les disparités divulguées par les données quantitatives et qualitatives soulignent la nécessité d'interventions inclusives et adaptées à l'identité ainsi que de recherches nuancées sur les facteurs de stress uniques auxquels sont confrontées les différentes identités 2ELGBTQIA+.

Les disparités intersectionnelles amplifient la dépression et l'anxiété chez les personnes 2ELGBTQIA+, soulignant la nécessité de recherches et d'interventions plus nuancées.

Les résultats en matière de santé mentale au sein des communautés 2ELGBTQIA+ varient considérablement et sont influencés par des facteurs interdépendants tels que les revenus, l'éducation, le groupe ethnique, l'emplacement géographique et l'emploi. Pour saisir ces différences, nous avons analysé les résultats à travers une perspective intersectionnelle.

Parmi les personnes 2ELGBTQIA+ interrogées, celles gagnant **moins de 40 000 \$ par an** rapportent la gravité moyenne de dépression la plus élevée (**38 %**), par rapport à **27 %** pour celles qui gagnent **100 000 \$ ou plus** (figure 12). Parallèlement, le **niveau** d'éducation témoigne de variations claires : le degré de gravité de la dépression chez les personnes interrogées ayant atteint un niveau d'**enseignement secondaire** est de **37 %**, par rapport à **28 %** pour celles ayant un **diplôme universitaire ou supérieur**. Les **différences géographiques** sont également évidentes. Les personnes vivant dans de petites communautés signalent une gravité moyenne de la dépression de **37 %**, tandis que celles des grands centres urbains rapportent un résultat inférieur à **30 %** (figure 12).

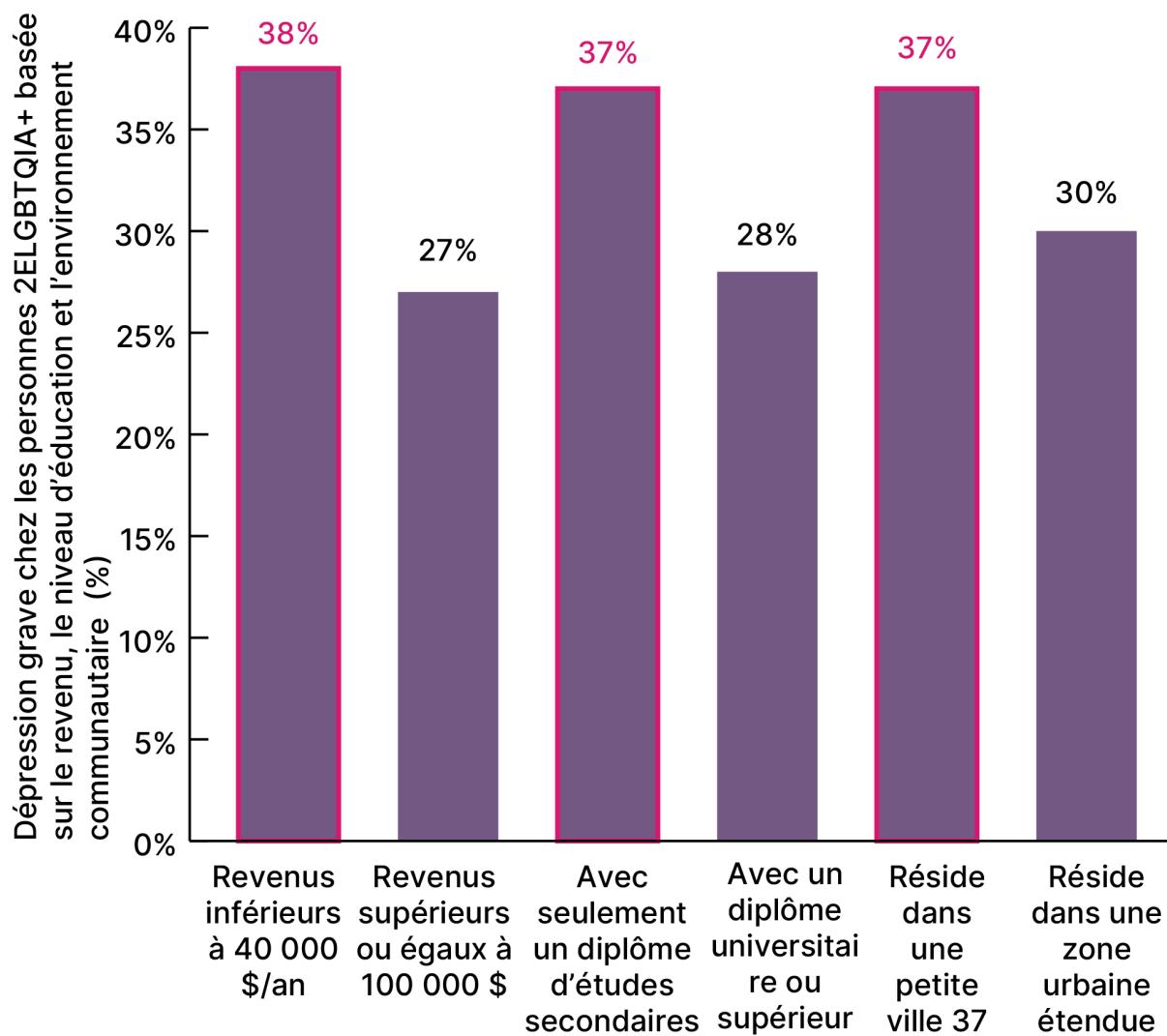


Figure 12: Résultats de gravité de la dépression des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ en fonction du revenu, du niveau d'éducation et du contexte communautaire.

Les résultats en matière d'anxiété suivent une tendance similaire. Les personnes appartenant à la tranche de revenus les plus faibles déclarent une gravité moyenne de l'anxiété de **39 %**. Ce résultat diminue à **30 %** chez les répondant(e)s du groupe aux revenus les plus élevés (figure 13). Les répondant(e)s ayant un niveau d'études secondaires rapportent des résultats d'anxiété de **40 %**, par rapport à **31 %** chez celles et ceux qui ont fait des études universitaires ou supérieures. Sur le plan géographique, les personnes vivant dans de petites communautés présentent un résultat d'anxiété moyen de **40 %**, tandis que celles vivant dans de grands centres urbains signalent des niveaux inférieurs à **33 %** (figure 13).

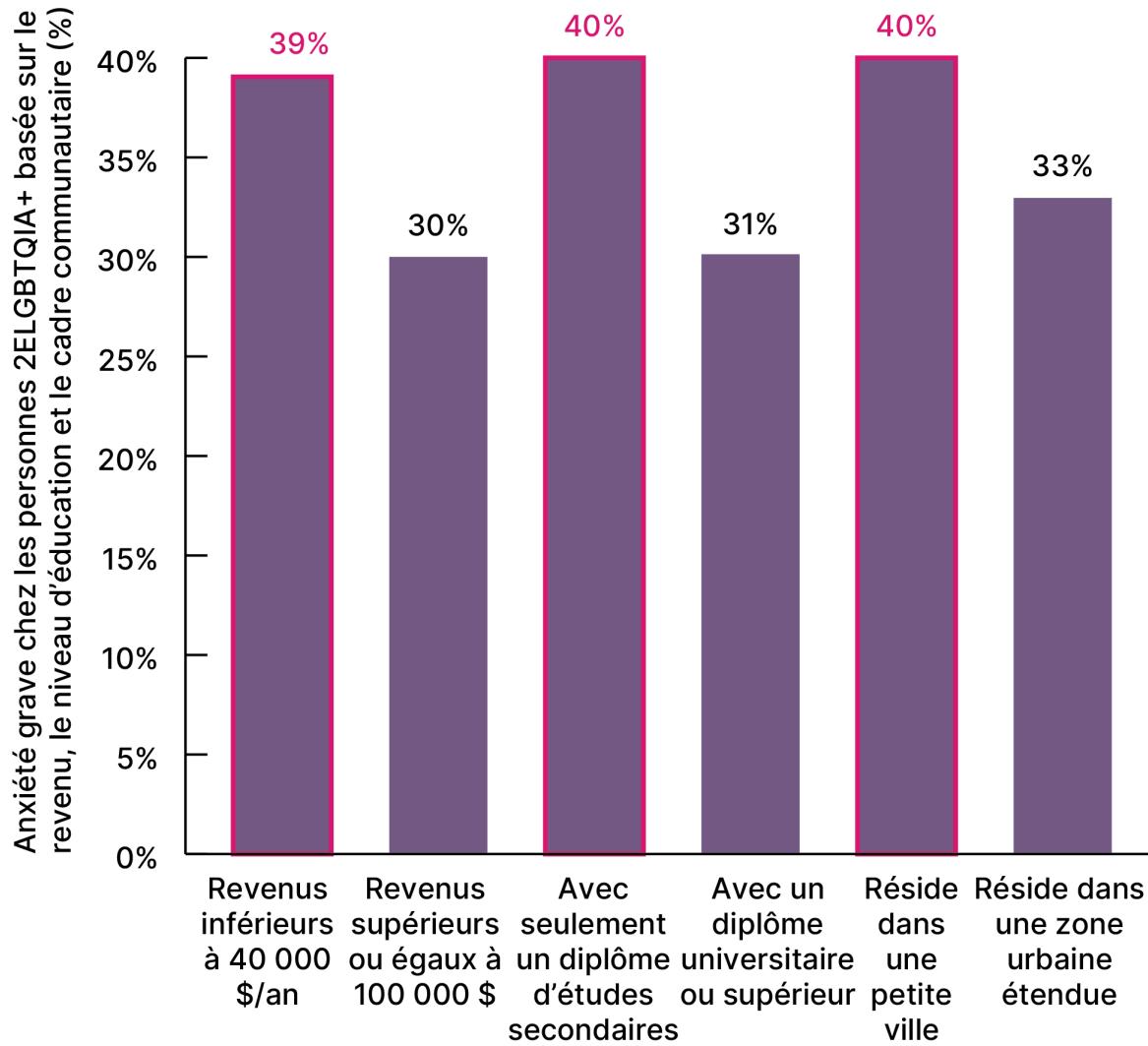


Figure 13: Résultats de gravité de l'anxiété des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ en fonction du revenu, du niveau d'éducation et du contexte communautaire.

Ces constats confirment ce que nous savons déjà : les facteurs socioéconomiques tels que le revenu, l'éducation et l'emplacement géographique influencent les constats en matière de santé. Néanmoins, nos recherches soulignent également à quel point ces facteurs touchent profondément les personnes 2ELGBTQIA+, qui sont déjà confrontées à des niveaux disproportionnés de problèmes de santé mentale. **Le fait de toucher de faibles revenus, d'avoir un niveau d'éducation moindre et de vivre dans un petit village ou en milieu rural agrave les problèmes de santé mentale que subissent les communautés 2ELGBTQIA+.**

Le Canada connaît une pénurie bien documentée de professionnel(le)s de la santé mentale. Pour les personnes 2ELGBTQIA+, cette pénurie est exacerbée par un manque de prestataires tenant compte des différences culturelles (Comeau et coll., 2023; Schreiber

et coll., 2021). La formation d'un grand nombre de professionnel(le)s de la santé mentale n'est pas suffisante pour comprendre ou soutenir les besoins spécifiques des populations 2ELGBTQIA+, en particulier ceux des personnes trans et non binaires. Ce manque de connaissances peut conduire à des soins inefficaces et, parfois même, nocifs. Le manque de compétences contribue à un sentiment de méfiance, voire à une retraumatisation en milieu clinique. Ces difficultés sont encore davantage aggravées par les longs délais d'attente pour obtenir des rendez-vous auprès de professionnel(le)s de la santé mentale et par la disponibilité limitée des services financés ou assurés par l'État. Pour de nombreuses personnes 2ELGBTQIA+, **en particulier celles qui ont des revenus faibles ou qui vivent dans des zones rurales**, l'accès à des soins de santé mentale d'affirmation devient presque impossible en raison des obstacles financiers et des manques en matière de services. **De ce fait, les personnes qui ont le plus besoin de soutien se retrouvent souvent sans soins sûrs ni accessibles, ce qui aggrave les inégalités en santé et renforce les cycles de marginalisation.**

2.3 Qualité de Vie

Les instruments utilisés pour mesurer la **qualité de vie** (QdV) liée à la santé évaluent différents aspects de la qualité de vie perçue d'une personne. Ces outils sont importants dans l'évaluation des soins de santé (OMS, 1993). Plus précisément, la QdV évalue la perception qu'un individu a de sa position par rapport aux systèmes culturels et de valeurs dans lesquels il vit, ainsi que ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. La qualité de vie peut être subdivisée en quatre domaines:

- santé physique (p. ex. : niveaux d'énergie);
- santé psychologique (p. ex. : santé mentale);
- relations sociales (p. ex. : vie sexuelle);
- environnement (p. ex. : avoir suffisamment d'argent) (OMS, 1998).

De manière générale, les populations 2ELGBTQIA+ font état de résultats de qualité de vie inférieurs, l'écart le plus important concernant le bien-être psychologique (61 % contre 69 % pour les non 2ELGBTQIA+).

L'analyse des résultats de qualité de vie (QdV) déclarés par les répondant(e)s révèle des disparités notables entre les personnes 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+ dans tous les domaines mesurés (figure 14). Comme dans les sections précédentes, les résultats des résultats de **santé physique** sont inférieurs parmi les personnes 2ELGBTQIA+ (**64 %**) par rapport aux participant(e)s non 2ELGBTQIA+ (**69 %**). La plus grande disparité est observée au niveau du **bien-être psychologique** chez les personnes 2ELGBTQIA+ (**61 %**), un résultat 8 points de pourcentage en dessous de leurs homologues non 2ELGBTQIA+ (**69 %**). La **qualité de vie environnementale** est également plus faible chez les personnes 2ELGBTQIA+ (**65 %**) que chez les répondant(e)s non 2ELGBTQIA+ (**69 %**). Le résultat pour les **relations sociales** atteint **62 %** pour les personnes 2ELGBTQIA+ par rapport à **67 %** pour le groupe non 2ELGBTQIA+ (figure 14).

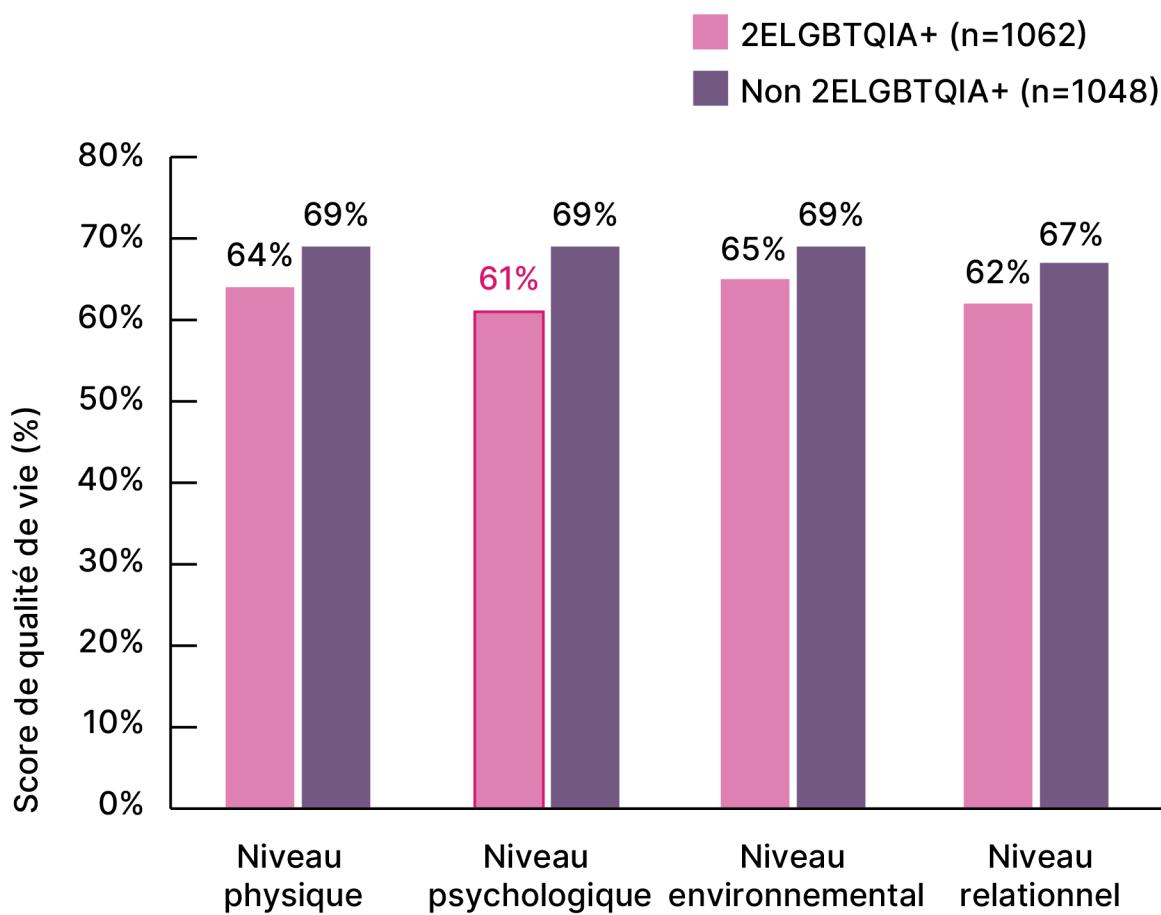


Figure 14: Résultats pour les quatre domaines de la qualité de vie (%) dans les communautés 2ELGBTQIA+ par rapport aux personnes non 2ELGBTQIA+.

Les principales parties intéressées soulignent que le stress chronique et l'isolement social constituent des obstacles majeurs à l'amélioration de la qualité de vie.

Le **stress chronique et l'isolement social** apparaissent comme des thèmes récurrents dans les entretiens avec les parties intéressées. Les personnes interrogées décrivent ces obstacles comme deux facteurs majeurs ayant un impact négatif sur la qualité de vie des personnes 2ELGBTQIA+. **Ces préoccupations sont particulièrement vives chez les personnes âgées et celles vivant avec le VIH**, lesquelles sont souvent confrontées à une exclusion sociale accrue, à un manque de soutien familial et à des situations de logement précaires.



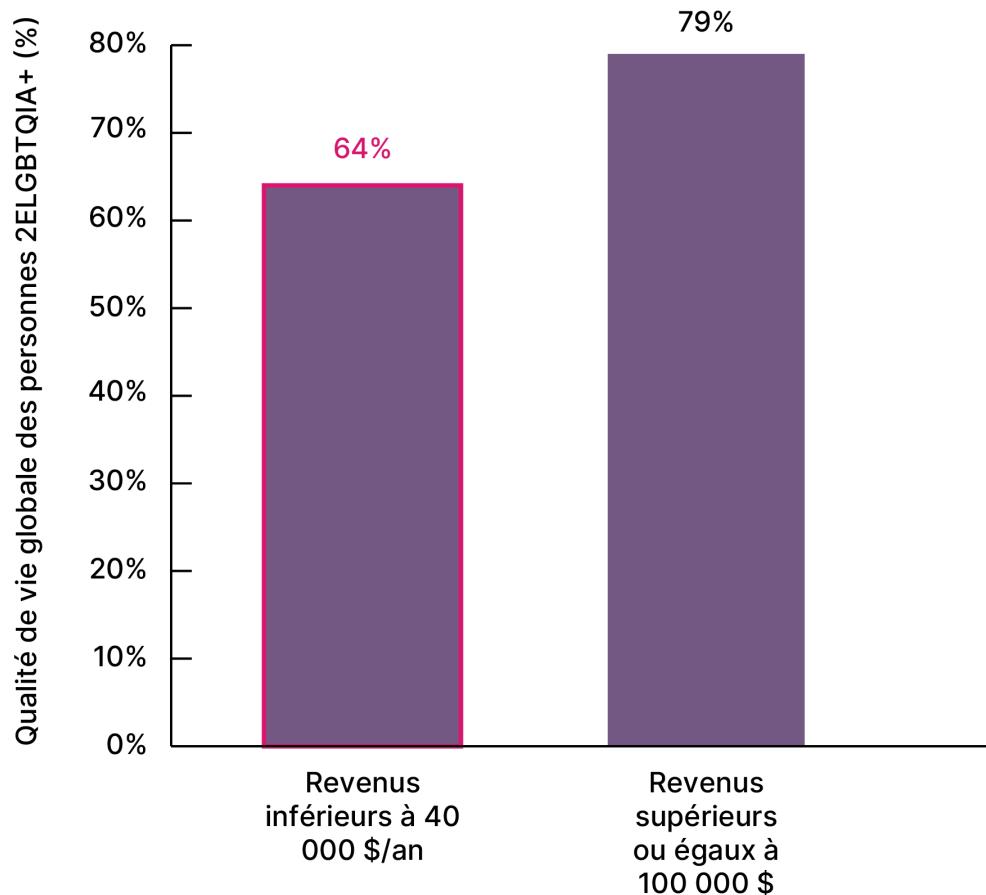
Dans notre unité d'hospitalisation, nous devenons leur pseudo-famille, car elles n'ont pas d'entourage pour s'occuper d'elles. Le véritable défi lorsque les patient(e)s quittent l'hôpital est donc de savoir où les orienter. En effet, il n'y a généralement pas d'endroit sûr où les envoyer et, à mesure que les gens vieillissent et deviennent plus fragiles, la situation devient très critique.

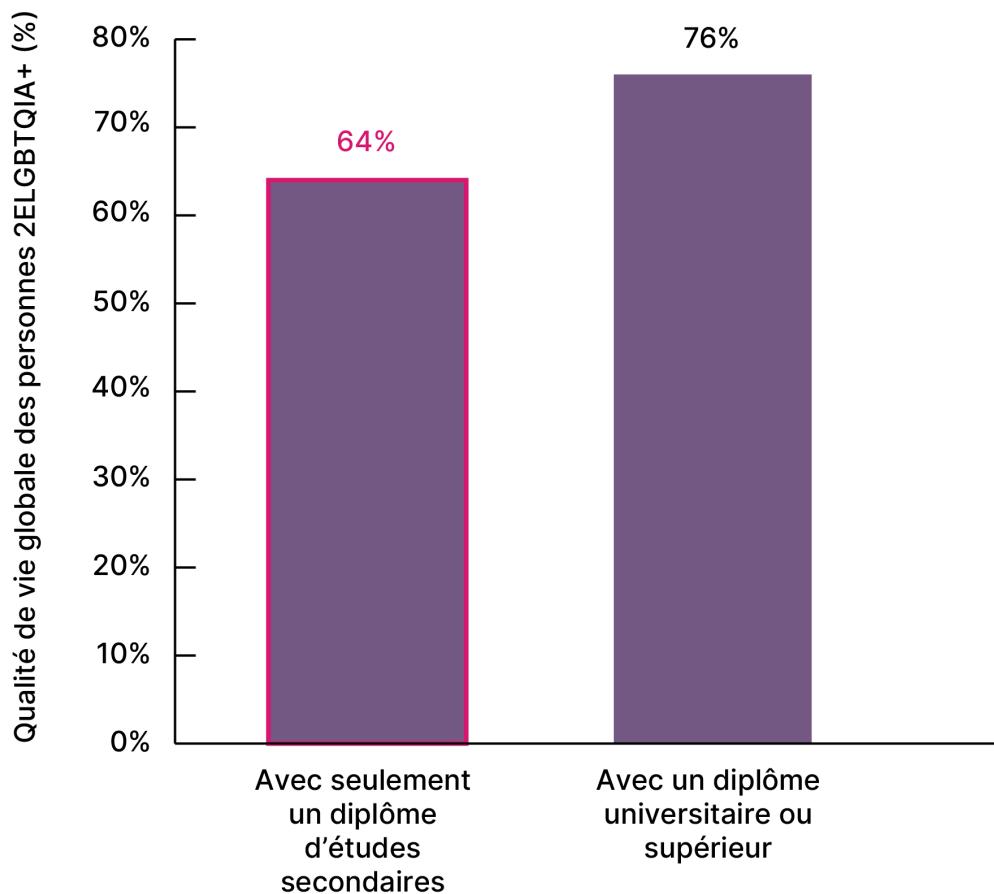
– DG d'un hôpital, Ontario

La qualité de vie varie en fonction de facteurs sociaux et économiques qui s'entrecroisent. Cette variation est amplifiée par la cishétéronormativité.

L'intersectionnalité offre un cadre essentiel pour comprendre la nature complexe de la discrimination. Les personnes qui sont à la fois 2ELGBTQIA+ et qui font partie de communautés racialisées, ou qui vivent dans des zones rurales ou isolées, sont souvent confrontées à des obstacles systémiques dépassant ceux que rencontrent leurs homologues blancs ou vivant en milieu urbain. Ces déterminants sociaux de la santé, qui se chevauchent, peuvent considérablement amplifier le risque de mauvaise santé. Sans examiner explicitement ces identités qui s'entrecroisent, on risque de renforcer les iniquités existantes. Le rapport rose 2025 sur la santé intègre donc une perspective intersectionnelle afin d'éclairer des politiques et des services de santé inclusifs, adaptés et efficaces.

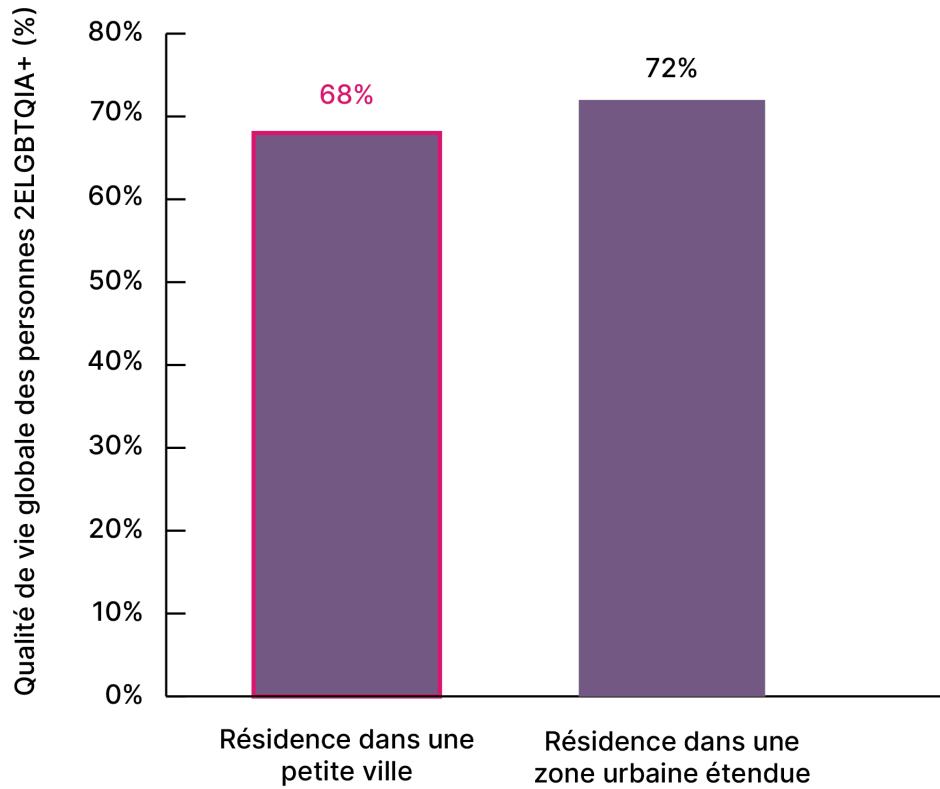
Les résultats de l'enquête révèlent les effets cumulatifs des facteurs sociaux et économiques. Parmi les personnes 2ELGBTQIA+ interrogées, **le revenu et l'éducation** prédisent avec le plus de fiabilité la qualité de vie perçue. Les personnes qui gagnent **moins de 40 000 \$** par an rapportent un résultat de qualité de vie de **64 %**, par rapport à **79 %** pour celles qui gagnent **100 000 \$ ou plus** (figure 15). De même, les personnes 2ELGBTQIA+ titulaires uniquement d'un diplôme d'études secondaires rapportent un résultat de qualité de vie de **64 %**, nettement inférieur à celles qui détiennent un diplôme universitaire ou supérieur (**76 %**) (figure 16).





Figures 15, 16: Qualité de vie globale mesurée pour les personnes 2ELGBTQIA+ ayant différents niveaux de revenus et d'éducation, respectivement (%).

La qualité de vie diminue également avec la **taille de la communauté**. Les personnes vivant dans de grands centres urbains rapportent un résultat de qualité de vie de **72 %**, par rapport à **68 %** pour celles vivant dans une petite ville (figure 17).



Figures 17: Qualité de vie globale mesurée pour les personnes 2ELGBTQIA+ vivant dans de petites ou grandes communautés (%).

Ces résultats mettent en évidence des disparités importantes et constantes en matière de qualité de vie liée à la santé dans tous les domaines mesurés. Il est important de noter que ces données démontrent également que toutes les personnes 2ELGBTQIA+ ne disent pas avoir la même qualité de vie. Les personnes ayant des revenus plus faibles, un niveau d'éducation moindre et un accès limité à un emploi stable font systématiquement état de résultats de qualité de vie inférieurs. Ces tendances reflètent les effets cumulatifs des déterminants sociaux et structurels de la santé sur l'accès aux soins et la capacité de vivre en sécurité, dans la dignité et avec du soutien.

Pris ensemble, ces constats soulignent la nécessité d'améliorer le bien-être psychologique et la qualité de vie globale des populations 2ELGBTQIA+. Cela va au-delà d'un langage inclusif et nécessite des réformes ciblées au sein des systèmes de santé et des systèmes connexes. **Les leviers du changement comprennent l'intégration de contenus relatifs à la santé des personnes 2ELGBTQIA+ dans la formation médicale des prestataires de santé, un meilleur accès à des services de santé mentale tenant compte des différences culturelles dans les zones rurales, et la garantie que la collecte de données de santé prenne en compte l'identité de genre avec précision.** Ces mesures concrètes peuvent atténuer les effets de la pauvreté, des inégalités en matière d'éducation, de l'isolement géographique et de la discrimination systémique afin de rapprocher le système de santé de résultats équitables.

2.4 Résumé des Constats Clés

- Les antécédents cliniques et les problèmes de santé déclarés par les répondant(e)s mettent en évidence **des disparités persistantes et importantes qui touchent les communautés 2ELGBTQIA+** au Canada. Ces disparités sont davantage accentuées par l'emplacement géographique **et les revenus**.
- Les inégalités en santé sont **vécues de manière asymétrique par différentes identités au sein des communautés 2ELGBTQIA+**.
- La formation des professionnel(le)s de la santé mentale **n'est pas suffisante pour assurer leur compréhension ou leur soutien des besoins spécifiques des populations 2ELGBTQIA+**, en particulier ceux des personnes trans et non binaires. Ce manque de connaissances engendre davantage de dommages.
- La qualité de vie déclarée fait état de différences significatives entre les individus 2ELGBTQIA+ et leurs homologues non 2ELGBTQIA+ dans tous les domaines mesurés. Ces différences sont davantage accentuées par des **facteurs interdépendants**, tels que les **revenus, l'éducation** et l'emplacement géographique.

Remédier à ces disparités nécessite plusieurs stratégies interdépendantes. Notamment:

- Recueillir des données inclusives en matière d'identité dans les systèmes de santé nationaux et provinciaux, en accordant une attention particulière aux groupes sous-représentés tels que les personnes intersexes, asexuelles et bispirituelles.
- Élargir l'accès à des soins de santé tenant compte des différences culturelles en intégrant du contenu relatif à la santé des personnes 2ELGBTQIA+ dans les programmes d'études médicales et infirmières, en soutenant la formation continue des prestataires actuels et en augmentant le financement des cliniques communautaires offrant des services d'affirmation spécialisés.
- Intégrer des considérations relatives à la santé des personnes 2ELGBTQIA+ dans les cadres de prévention des maladies chroniques et de dépistage du cancer en élaborant des lignes directrices inclusives, en formant les prestataires de santé aux risques spécifiques à l'identité, et en établissant des voies d'orientation claires et accessibles vers des soins spécialisés.

Accès aux Soins de Santé



Un aspect essentiel de la présente étude était de comprendre l'importance perçue de services de santé donnés selon les différentes identités. Compte tenu des besoins de santé uniques et souvent non satisfaits au sein des communautés 2ELGBTQIA+, nous avons cerné les services que les individus privilégient en matière de santé et de bien-être. En comparant les réponses des personnes 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+, nous avons cherché à repérer les manques dans les services existants et à souligner le besoin urgent de soins inclusifs, accessibles et respectueux de l'identité. Cette approche favorise également une compréhension plus nuancée des différences au sein des groupes. Nos recherches indiquent que les priorités en matière de santé varient considérablement au sein de la population 2ELGBTQIA+ en fonction d'expériences croisées liées à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle et à la marginalisation systémique.

Pour les sections suivantes, il a été demandé aux personnes interrogées dans quelle mesure elles étaient d'accord ou en désaccord avec certaines affirmations sur une échelle de 5 points. Les réponses ont été regroupées en catégories favorable (+1), neutre (0) ou défavorable (-1). Ces valeurs ont ensuite été additionnées pour chaque groupe, puis converties en pourcentages pour permettre la comparaison de différentes identités. Du fait de l'inclusion des réponses défavorables, les réponses de certains groupes peuvent produire une somme négative, ce qui signifie que davantage de personnes étaient en désaccord que d'accord.

3.1 Priorités en Matière de Santé

L'accès aux soins de santé mentale est jugé important par un plus grand nombre de répondant(e)s 2ELGBTQIA+ (69 %) que non 2ELGBTQIA+ (52 %), la priorité la plus élevée étant accordée par les personnes queers (90 %), pansexuelles (87 %) et trans (83 %).

Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer l'importance de services de santé spécifiques, plus de la moitié des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+ ont déclaré que l'**accès à des professionnel(le)s de la santé mentale** est important. Cependant, une analyse plus approfondie révèle que ce service est jugé beaucoup plus important par les personnes 2ELGBTQIA+ (**69 %**) que non 2ELGBTQIA+ (**52 %**).

Plus précisément, les personnes interrogées **queers (90 %)**, **pansexuelles (87 %)** et **trans (83 %)** jugent ce service essentiel. Il est intéressant de noter que l'importance de l'accès aux services de santé mentale est presque identique entre les répondant(e)s **gays (53 %)** et **non 2ELGBTQIA+ (52 %)** tandis que tous les autres groupes 2ELGBTQIA+ jugent cet accès beaucoup plus important.

Les services de santé sexuelle sont jugés importants par deux fois plus de répondant(e)s 2ELGBTQIA+ (45 %) que de répondant(e)s non 2ELGBTQIA+ (21 %), les personnes au genre fluide (73 %), intersexes (64 %) et trans (60 %) étant celles y accordant la plus grande priorité.

Les résultats indiquent que les **services de santé sexuelle** sont deux fois plus importants pour les personnes 2ELGBTQIA+ (**45 %**) interrogées que pour celles non 2ELGBTQIA+ (**21 %**). Ces services sont jugés comme étant les plus importants par les **répondant(e)s au genre fluide (73 %)**, **intersexes (64 %)** et **trans (60 %)**. En revanche, ces services sont nettement moins importants pour celles et ceux qui s'identifient comme **asexuel(le)s (13 %)**. La **santé reproductive** est importante pour les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ (**22 %**) et non 2ELGBTQIA+ (**16 %**), mais l'est moins pour les **répondant(e)s gays (-7 %)**.

Les soins d'affirmation de genre sont une haute priorité pour les personnes trans par rapport aux répondants non 2ELGBTQIA+, en particulier en ce qui concerne le traitement hormonal de substitution (82 % contre 5 %) et les chirurgies d'affirmation de genre (76 % contre -14 %). Les personnes intersexes et non binaires soulignent également leur importance cruciale.

L'importance rapportée du **traitement hormonal de substitution (THS)** et des **chirurgies d'affirmation de genre** est systématiquement plus élevée chez les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ que chez les personnes non 2ELGBTQIA+. Les répondant(e)s s'identifiant comme **trans** signalent que ces deux services sont les plus importants, **82 %** citant le **THS** et **76 %** citant les **chirurgies d'affirmation de genre** comme ayant une importance capitale. Une grande importance est également accordée au THS par les personnes interrogées **intersexes (49 %), queers (44 %), non binaires (42 %), pansexuelles (41 %), au genre fluide (41 %) et asexuelles (34 %)**. L'importance des **chirurgies d'affirmation de genre** est également fortement soulignée par les personnes **non binaires (41 %), au genre fluide (35 %), en questionnement (35 %), queers (28 %)** et **intersexes (26 %)**.

En revanche, les personnes non 2ELGBTQIA+ attribuent une très faible importance à ces deux services, avec des résultats nets de seulement 5 % pour le THS et de -14 % pour les chirurgies d'affirmation de genre. À noter que les répondant(e)s gays accordent une importance nette négative de -13 % pour le THS et de -19 % pour les soins d'affirmation de genre. Ces résultats révèlent de fortes disparités dans les besoins perçus en matière de santé, non seulement entre les personnes 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+, mais aussi au sein même de la communauté 2ELGBTQIA+, soulignant une fois de plus l'importance cruciale de la désagrégation des données.

3.2 Facilité d'Accès à des Services Spécifiques

Les populations 2ELGBTQIA+ ont un accès inégal aux soins de santé. Les services de santé mentale et d'affirmation de genre sont parmi les moins accessibles aux personnes 2ELGBTQIA+.

Alors que les répondant(e)s non 2ELGBTQIA+ rapportent des résultats modérés en matière de facilité d'accès perçue aux services, les personnes 2ELGBTQIA+ signalent systématiquement une plus grande difficulté. **Les personnes 2ELGBTQIA+ interrogées signalent un taux d'accès alarmant de seulement 3 % aux services de santé mentale, contre 15 % chez les personnes non 2ELGBTQIA+.** Il convient de noter que les résultats de facilité d'accès sont exceptionnellement bas pour les personnes interrogées **asexuelles (-9 %), bispirituelles (9 %) et queers (1 %)**, ce qui souligne les obstacles importants aux soins au sein de ces communautés (figure 18).

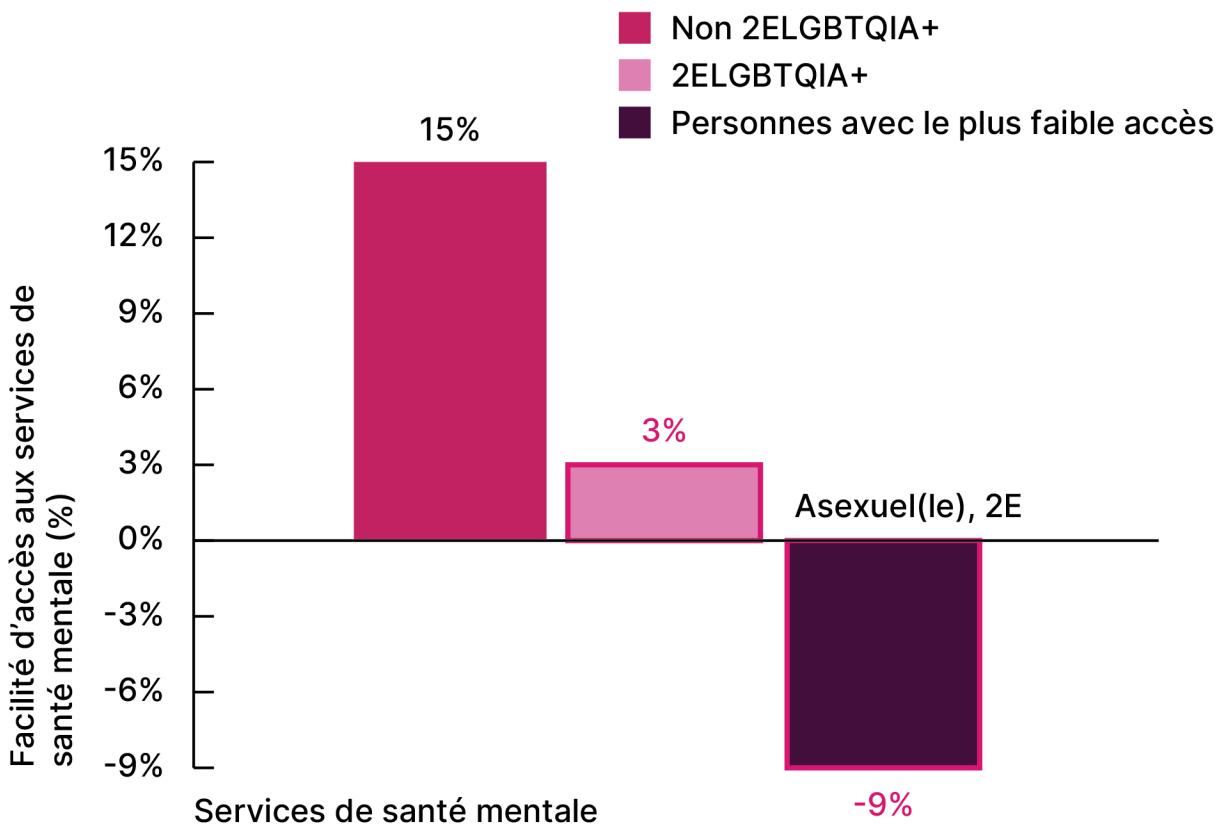


Figure 18: Facilité d'accès aux services de santé mentale (%)

Le résultat calculé pour l'**accès au traitement hormonal de substitution (THS)** est également plus faible au sein des communautés 2ELGBTQIA+ (8 %) par rapport à leurs homologues non 2ELGBTQIA+ (12 %). Les **lesbiennes (2 %)** et les personnes **en questionnement (3 %)** signalent l'accès le plus limité (figure 19). Bien que les médias contemporains utilisent familièrement l'expression « chirurgie d'affirmation de genre » pour désigner les interventions de santé trans, il est important de reconnaître que les interventions auxquelles ce terme fait référence sont largement accessibles aux personnes cisgenres et hétérosexuelles. En réalité, l'augmentation et la réduction mammaires, le remodelage corporel et les injections de produits cosmétiques sont plus fréquemment utilisés par les personnes non 2ELGBTQIA+, et toutes ces interventions relèvent de la chirurgie d'affirmation de genre. Le décalage entre la réalité et la perception reflète les effets de la cisnORMATIVITé, selon laquelle l'affirmation de genre est acceptée pour les populations cisgenres, mais pathologisée ou stigmatisée lorsqu'elle est recherchée par les personnes trans ou ayant une diversité de genre.

Les résultats montrent que les personnes **2ELGBTQIA+ jugent que la facilité d'accès aux chirurgies d'affirmation de genre est très limitée** (figure 19), avec un résultat net négatif (-2 %) par comparaison au résultat positif (7 %) des répondant(e)s non 2ELGBTQIA+. Les **personnes trans, asexuelles et queers** rapportent les résultats les plus bas (-8 %). Ces disparités révèlent des iniquités systémiques au niveau du soutien et des entraves dans les démarches de soins d'affirmation de genre.

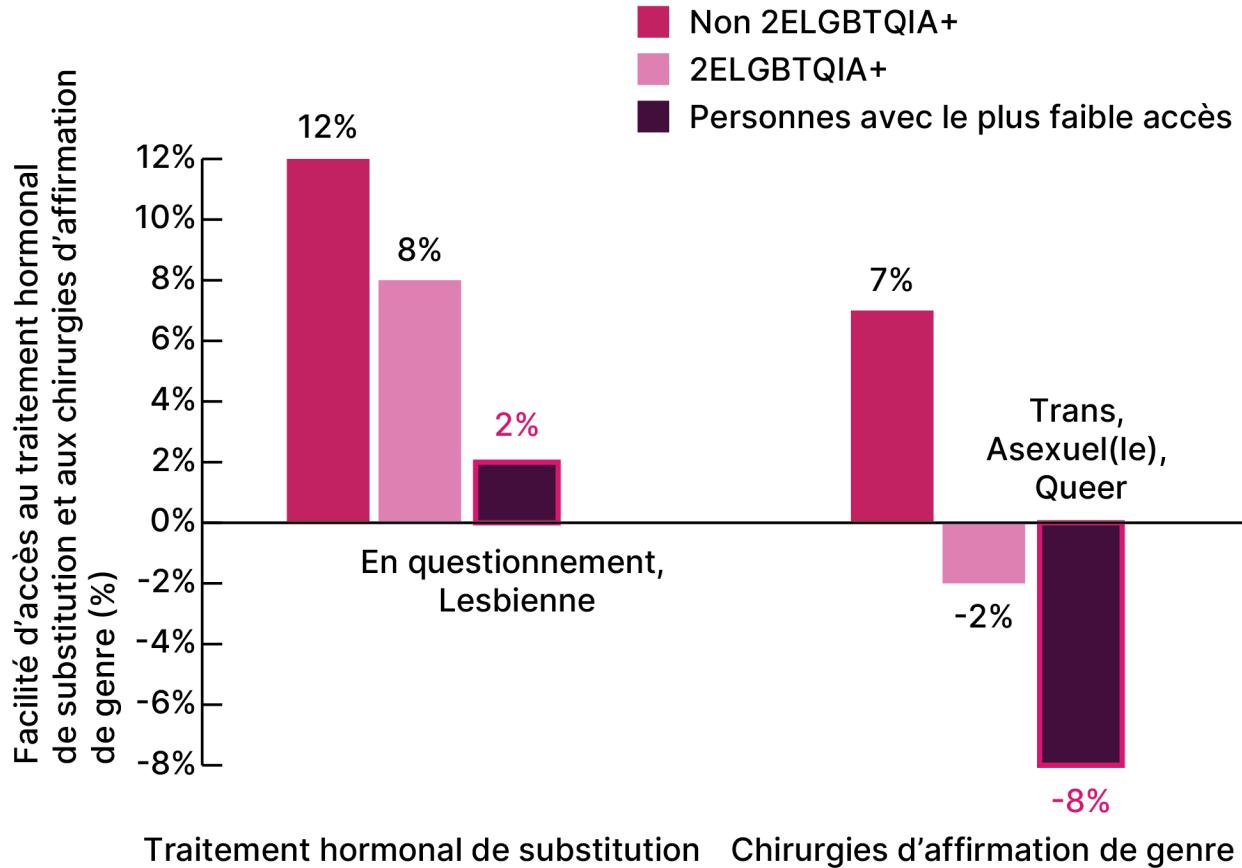


Figure 19: Facilité d'accès au traitement hormonal de substitution et aux chirurgies d'affirmation de genre (%)

Les résultats pour l'accès perçu aux **services de santé reproductive** sont légèrement inférieurs pour les personnes 2ELGBTQIA+ (26 %) que pour les personnes non 2ELGBTQIA+ (30 %). Le taux d'accès le plus faible est signalé par les répondant(e)s **en questionnement** (16 %) et **gays** (19 %) (figure 20).

Enfin, tandis que l'accès perçu aux **services de santé sexuelle** semble relativement plus élevé parmi les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ (46 %) par rapport à ceux non 2ELGBTQIA+ (32 %), certains sous-groupes, tels que les **personnes au genre fluide** (35 %) et **en questionnement** (35 %), signalent davantage de difficultés que l'ensemble des communautés 2ELGBTQIA+ (46 %).

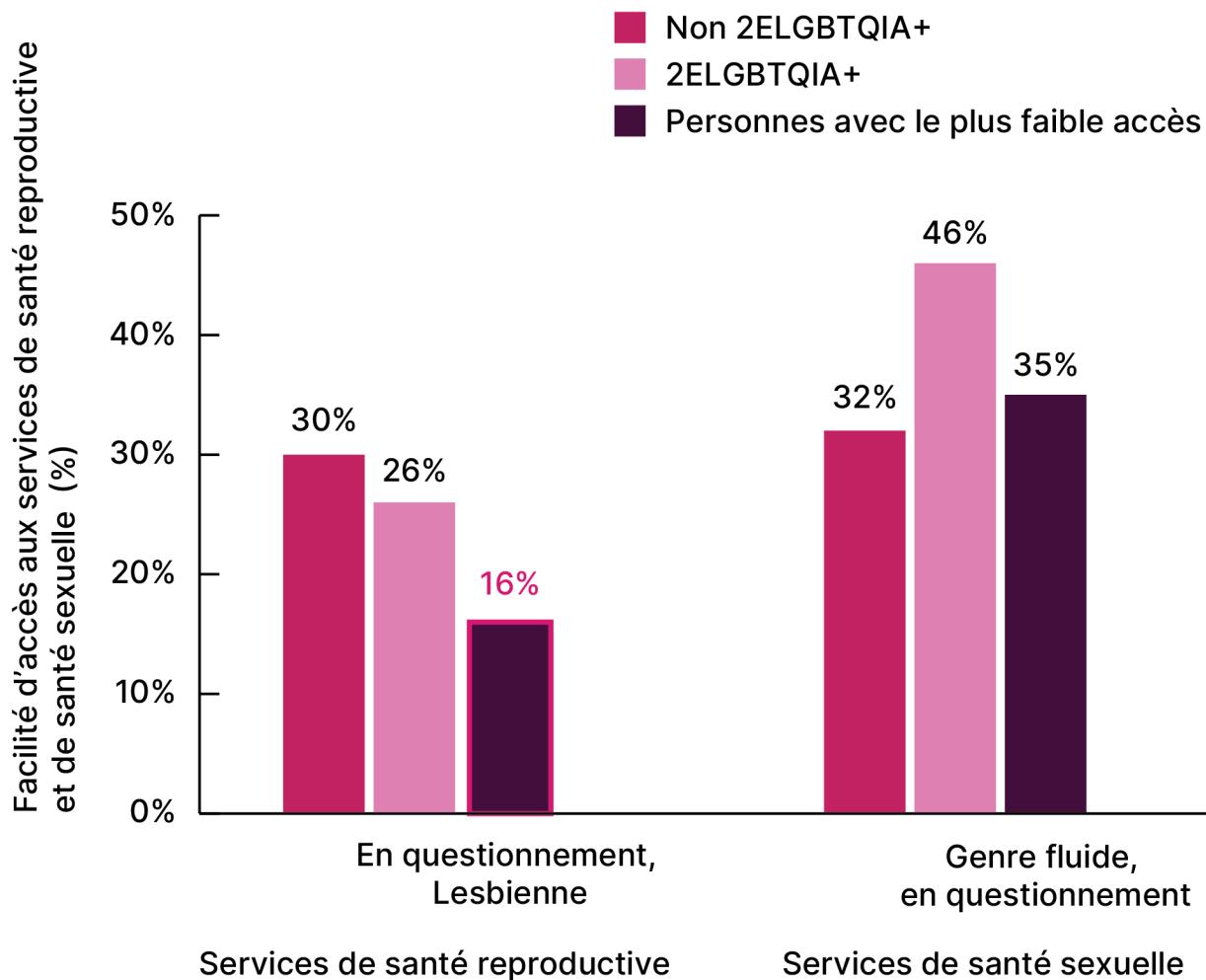


Figure 20: Facilité d'accès aux services de santé reproductive et sexuelle (%)

La plus grande facilité d'accès perçue que signalent ici les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ mérite une réflexion critique. Bien que cette constatation puisse suggérer un meilleur accès aux services de santé sexuelle, elle peut également refléter l'influence persistante des préjugés systémiques et des stéréotypes d'hypersexualisation qui ont historiquement façonné la santé des personnes queers et trans, principalement à travers le prisme de la sexualité. Les cadres de dépistage standard intègrent souvent des suppositions hétéronormatives qui insistent trop sur les comportements sexuels chez les clients LGBTQIA+ (Moe et coll., 2015), ce qui signifie qu'**une utilisation accrue des services dans ce domaine n'indique pas nécessairement des soins globalement plus équitables ou adaptés aux besoins.**



À l'échelle personnelle, mon médecin de famille a un jour supposé que j'étais séropositif... elle a paniqué et m'a dit : "J'ai simplement supposé que vous étiez séropositif en raison de votre âge et de votre orientation sexuelle"

– Infirmier(ière) agréé(e) et formateur(trice), Alberta

Ce constat souligne le besoin urgent d'une formation médicale plus complète qui dépasse les cadres étroits de la santé sexuelle. La littérature existante montre que les programmes d'études médicales parlent souvent des personnes 2ELGBTQIA+ principalement dans le contexte des infections transmissibles sexuellement (ITS) ou du VIH, renforçant ainsi la stigmatisation et limitant la compréhension des besoins de santé plus généraux par les professionnel(le)s de la santé (Kamal et coll., 2023; Zumwalt et coll., 2022).

L'hypersexualisation des personnes 2ELGBTQIA+ est une idée fausse répandue et un stéréotype nuisible qu'il faut faire disparaître. Bien que cette orientation dans les programmes ait pu améliorer la sensibilisation et l'accès aux services de santé sexuelle, favorisant ainsi de la parité avec les populations non 2ELGBTQIA+, elle a également éclipsé d'autres domaines essentiels de la santé. Nos constats indiquent ici le besoin urgent d'améliorer le contenu des programmes et la formation afin de mieux préparer les professionnel(le)s de la santé à répondre aux besoins spécifiques des patient(e)s queers et transgenres. **Il est essentiel de renforcer le contenu des programmes et la formation des prestataires de santé afin de couvrir l'ensemble des problèmes de santé des personnes 2ELGBTQIA+ pour parvenir à des soins véritablement équitables et inclusifs.**

Les inégalités de revenus et l'isolement géographique accentuent les disparités au niveau des soins de santé au sein des communautés 2ELGBTQIA+.

Les entretiens avec les parties intéressées corroborent les données de l'enquête, révélant des préoccupations généralisées concernant **l'accès inégal et inadéquat aux services de santé pour les personnes 2ELGBTQIA+ partout au Canada. Les personnes trans, non binaires et bispirituelles sont confrontées aux obstacles les plus importants**. Un thème récurrent est la **rareté des soins d'affirmation de genre, qui entraîne de longues listes d'attente pouvant s'étendre sur plusieurs années**. L'une des personnes interrogées fait remarquer que, dans les Territoires du Nord-Ouest, l'accès aux soins dépend d'une seule clinique, ce qui accroît la vulnérabilité aux interruptions de service dues à l'épuisement professionnel du prestataire ou au roulement du personnel.



La communauté trans n'aurait eu accès à aucun soin sans l'initiative de deux médecins qui ont créé une clinique. À ce jour, ces deux médecins restent les seuls à exercer.

– Responsable d'une organisation communautaire, Terre-Neuve-et-Labrador, répondant(e) à un entretien

Les entretiens avec les parties intéressées révèlent également que l'instabilité économique est une préoccupation majeure. Plus précisément, ils pointent du doigt des taux élevés de **pauvreté, d'insécurité du logement et d'emploi précaire**. Ces données sont particulièrement importantes lorsqu'on les lie à l'accès aux soins de santé et à leur maintien.



Je pense que la pauvreté est vraiment importante. Je sais qu'elle n'est traditionnellement pas perçue comme un problème de santé, mais la pauvreté est fortement associée à tous les problèmes de santé. Et il existe d'importantes disparités économiques au sein de nos communautés.

– Professeur(e) en santé publique, Ontario



Que vous fassiez ou non partie de la communauté 2ELGBTQ, si vous avez de l'argent, vous pourrez probablement obtenir des soins plus facilement. Et si vous n'en avez pas, les choses sont certainement plus difficiles... beaucoup de nos patients trans et non binaires vivent dans la pauvreté.

– Médecin, Ontario

Vivre dans des communautés rurales ou isolées aggrave les inégalités existantes en matière de soins de santé auxquelles sont confrontées les personnes 2ELGBTQIA+. Ces environnements créent des obstacles supplémentaires à l'accès à des services équitables et rapidement disponibles. Les parties intéressées soulignent que grand nombre de **régions rurales, éloignées et nordiques du Canada manquent d'infrastructures de soins de santé permanentes**, telles que des hôpitaux ou des médecins généralistes à temps plein. Au lieu de cela, elles dépendent souvent de médecins intérimaires qui se relaient, ce qui mène à des soins fragmentés et inégaux. L'**accès aux services d'affirmation de genre** est particulièrement restreint, obligeant souvent les individus à parcourir de longues distances ou à quitter leur province, ce qui représente un coût financier et émotionnel important. Ces charges supplémentaires touchent disproportionnellement les personnes déjà confrontées à une marginalisation systémique, soulignant la nécessité de solutions de santé adaptées aux réalités régionales et respectueuses de l'identité.

Pour combler ces manques, les systèmes de santé doivent investir dans des services tenant compte des différences culturelles, inclusifs et géographiquement accessibles. Les défis structurels doivent être abordés en parallèle avec la conception des services.

Les parties intéressées révèlent également que les obstacles bureaucratiques amplifient les iniquités systémiques, en particulier pour les personnes trans et non binaires.

Un(e) directeur(trice) général(e) de l'Alberta décrit la difficulté disproportionnée des **patients trans** en matière d'accès aux soins de santé primaires de base. Cette personne souligne que la discrimination se produit souvent sous couvert de problèmes médicaux sans lien apparent:



On n'arrive pas à trouver un médecin de famille pour des gens... Mais on voit ce genre de situation où ils disent : "oh, je ne peux pas parce que vous êtes trans", alors que ça n'a rien à voir avec leur genre... On a juste besoin de vous pour les aider avec leur bronchite.

*– Directeur(trice) Général(e),
Alberta, Répondant(e) à un Entretien*

Par ailleurs, un(e) médecin de l'Ontario raconte comment les modifications apportées aux codes de facturation en raison de la pandémie touchent l'accès aux soins virtuels pour les personnes trans:



Une collègue qui offrait des soins virtuels aux personnes trans tout au long de la pandémie a dû fermer sa clinique parce que les codes de facturation de l'Assurance-santé de l'Ontario ont changé.

– Médecin, Ontario, Répondant(e) à un Entretien

Les décideur(euse)s politiques devraient accorder la priorité au financement des services d'affirmation de genre et de santé mentale destinés aux populations 2ELGBTQIA+, y compris celles qui vivent à l'intersection de multiples formes de marginalisation. Des données désagrégées et une implication significative des parties intéressées 2ELGBTQIA+ sont essentielles pour garantir que la planification des soins de santé reflète les réalités vécues. Sans ces interventions ciblées, les inégalités d'accès continueront d'éroder la confiance et d'aggraver les états de santé.

3.3 Satisfaction à l'Égard de l'Accès aux Services de Santé

Dans les sections précédentes, le rapport rose 2025 sur la santé a évalué deux dimensions clés de l'accès aux soins de santé:

- 1) l'**importance** d'avoir accès à des services spécifiques;
- 2) et la **facilité d'accès** perçue à ces services.

Dans la présente discussion, nous abordons en quoi les données quantitatives et qualitatives montrent une satisfaction asymétrique des patient(e)s à l'égard des services de santé entre les populations non 2ELGBTQIA+ et 2ELGBTQIA+, ces dernières faisant systématiquement état d'une satisfaction moindre. Mesurer la satisfaction nous aide à déterminer si les soins sont valorisants et efficaces pour les personnes 2ELGBTQIA+, constituant ainsi un constat de l'expérience des patient(e)s au-delà du simple accès aux soins.

Les communautés au genre fluide et bispirituelles (3 %) font état d'une satisfaction d'une faiblesse alarmante à l'égard des soins de santé mentale.

Les résultats de l'enquête illustrent un écart important en matière de satisfaction envers les services entre les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+. Alors que 50 % des personnes répondantes non 2ELGBTQIA+ se déclarent satisfaites des soins de santé mentale qu'elles ont reçus, seulement **29 %** des personnes 2ELGBTQIA+ interrogées se déclarent satisfaites, ce qui souligne des lacunes persistantes en matière de qualité et d'inclusivité des services existants.

Au sein de la cohorte 2ELGBTQIA+, les niveaux de satisfaction à l'égard des services de santé mentale sont les plus élevés parmi les répondant(e)s **gays et en questionnement (36 %)**, suivis des **répondant(e)s trans et lesbiennes (33 %)** (figure 21). Le niveau de satisfaction est étonnamment bas parmi les personnes **pansexuelles (15 %)**, **asexuelles (12 %)** et **queers (11 %)**. Fait alarmant, il est encore plus bas parmi les **personnes au genre fluide et bispirituelles : seuls 3 %** des personnes interrogées appartenant à l'un de ces groupes expriment leur satisfaction à l'égard des soins de santé mentale qu'elles ont reçus.

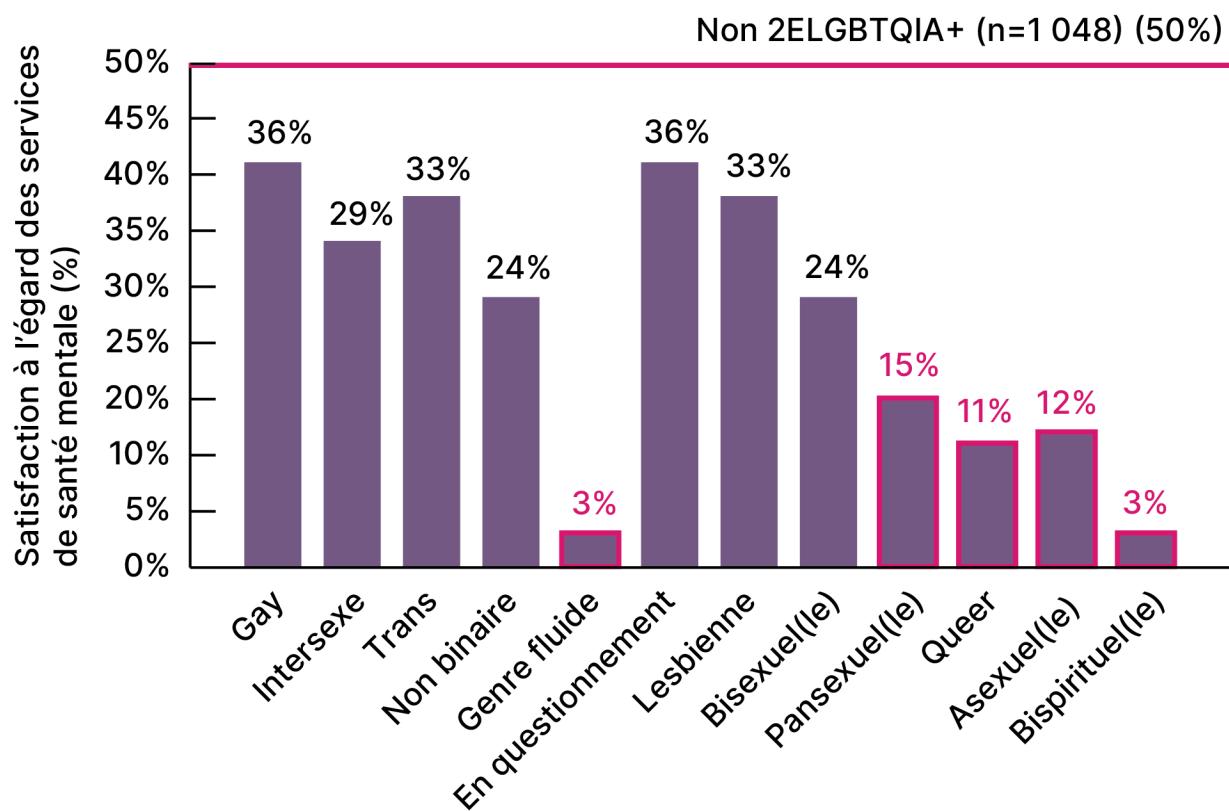


Figure 21: Satisfaction à l'égard des services de santé mentale (%)

Ces résultats mettent en évidence d'importants manques en matière de services de santé tenant compte des différences culturelles, en particulier pour les personnes au genre fluide et bispirituelles. Ces données soulignent le besoin urgent de modèles de soins inclusifs, personnalisés et respectueux de l'identité.

Combinés à ceux des sections précédentes, ces résultats montrent que l'accès à des services de santé mentale de qualité est un défi généralisé au Canada et que ces obstacles sont ressentis encore plus fortement par les personnes 2ELGBTQIA+. **La stigmatisation, la discrimination et le stress chronique accentuent le besoin de soins de santé mentale respectueux de l'identité.** Lorsque ces services ne sont pas satisfaisants, les individus ont du mal à améliorer leur état. **Dans certains cas, des expériences négatives avec des soins de santé mentale peuvent même entraîner l'empirement des résultats.**

Au Canada, le fardeau socioéconomique de la santé mentale s'élève à environ 50 milliards de dollars par an, incluant les coûts directs des soins de santé, la perte de productivité due à l'absentéisme et la demande accrue de programmes d'aide sociale (Casey, 2019). Investir dans la santé mentale peut donc générer des retours sur investissement importants en plus d'une meilleure qualité de vie pour toutes et tous.

Il existe des écarts persistants en matière de satisfaction envers les soins de santé reproductive et d'affirmation de genre parmi les groupes 2ELGBTQIA+ sous-représentés.

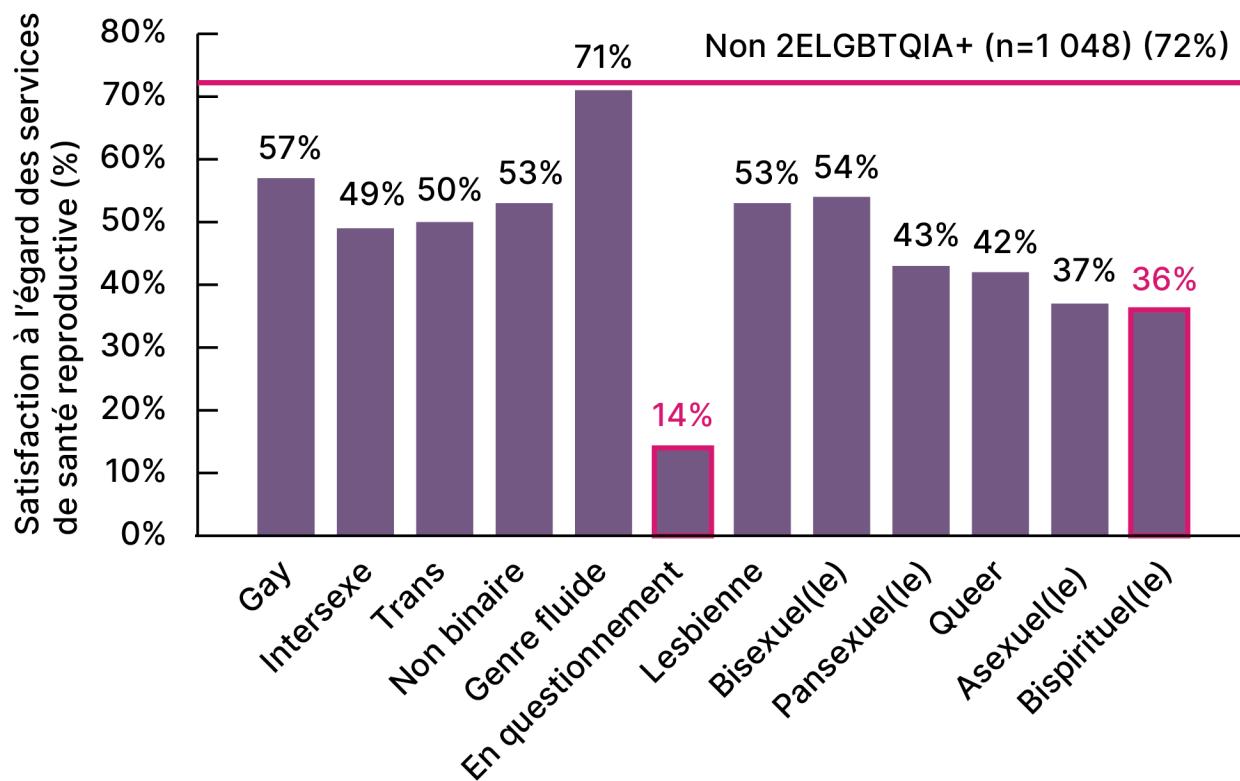


Figure 22: Satisfaction à l'égard des services de santé reproductive (%)

La satisfaction envers les **chirurgies d'affirmation de genre** révèle également des disparités. Dans l'ensemble, **60 %** des personnes non 2ELGBTQIA+ interrogées se sont déclarées satisfaites de ces services, contre **46 % des personnes 2ELGBTQIA+**. Dans ce contexte, la satisfaction fait référence à la **qualité perçue, l'accessibilité et la continuité des soins chirurgicaux**, ce qui inclut des facteurs tels que les temps d'attente, les soins postopératoires et la sensibilité des prestataires de soins, mais pas d'éventuels regrets par rapport la procédure elle-même. La satisfaction est nettement plus faible parmi les personnes **trans (38 %), queers (38 %), lesbiennes (31 %), asexuelles (29 %) et bispirituelles (29 %)** (figure 23). Ces différences mettent en évidence une variation importante dans les expériences vécues en matière de chirurgie d'affirmation de genre, soulignant la nécessité d'interventions adaptées pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services pour toutes les identités.



À Edmonton, je crois qu'il y a 2 ou 3 chirurgiens. Nous en avons peut-être moins de dix à Calgary. Il faut vraiment attendre 4 à 5 ans pour se faire opérer, et ça nous fait penser à pourquoi certaines personnes ont des problèmes de santé mentale...

– Cofondateur(trice) d'une organisation communautaire pour personnes trans, Alberta



En raison de la modification législative en Alberta, ils n'offrent plus de soins d'affirmation de genre aux jeunes. Et c'est un énorme problème, car nos enfants continuent de mourir.

*– Directeur(trice) Général(e),
Organisme LGBTQIA+, Territoires du Nord-Ouest*



Les soins d'affirmation de genre sont ceux qui permettent aux patients de se rendre dans des environnements de soins et de sentir qu'ils ne seront pas confrontés... à des insultes, des commentaires et des microagressions transphobes, et où leurs noms et pronoms seront respectés... Nous avons encore un long chemin à parcourir. Il m'arrive encore que des patients me parlent d'expériences négatives liées à leur identité, à leur genre. Je pense donc que cela reste l'un de nos plus grands défis

– Médecin et Professeur(e) Adjoint(e), Ontario

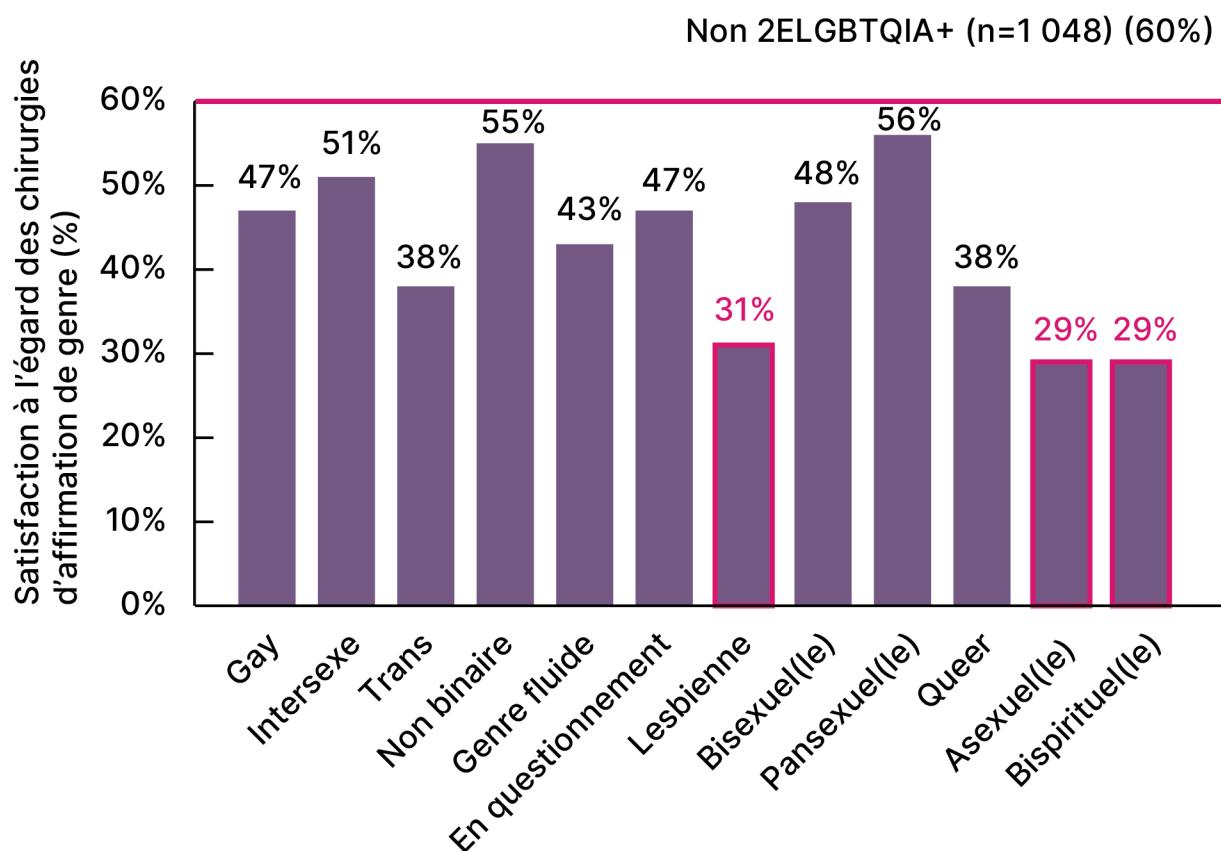


Figure 23: Satisfaction à l'égard des chirurgies d'affirmation de genre

Pris dans leur ensemble, ces constats mettent en évidence des tendances récurrentes. Les **services de santé mentale**, par exemple, sont largement considérés comme essentiels par les personnes **trans, pansexuelles et queers**. Pourtant, ces mêmes groupes font état de certains des niveaux d'accès perçu et de satisfaction les plus faibles. Par ailleurs, les **soins d'affirmation de genre** s'imposent comme priorité absolue pour les personnes **trans, non binaires, intersexes et au genre fluide**, qui font simultanément état de plus grandes difficultés d'accès à ces services et d'une satisfaction moindre à leur égard.

Ces tendances observées à travers de multiples dimensions de l'interaction avec le système de santé suggèrent que les besoins non satisfaits ne se limitent pas seulement à l'accès. Ils s'étendent également à la qualité, à la pertinence et à l'inclusivité des soins. Ces données soulignent la nécessité de systèmes de santé qui s'attaquent aux obstacles structurels à l'accès aux soins et améliorent la qualité globale des soins pour les personnes 2ELGBTQIA+.

3.4 Expérience Globale d'Accès au Système de Santé

Les personnes 2ELGBTQIA+ signalent des délais plus longs et des soins de moindre qualité que leurs homologues cisgenres et hétérosexuel(le)s.

Les résultats de l'enquête montrent que les communautés 2ELGBTQIA+ sont confrontées à des temps d'attente plus longs lorsqu'elles accèdent aux services de santé. Bien que l'enquête n'ait pas soulevé de causes spécifiques, les parties intéressées relèvent des facteurs contributifs possibles tels que la discrimination systémique, une pénurie de prestataires de santé tenant compte des différences culturelles, des obstacles socioéconomiques comme un faible revenu, et des obstacles géographiques. De plus, les personnes 2ELGBTQIA+ déclarent avoir droit à beaucoup moins de temps lors des consultations avec les professionnel(le)s de la santé, soit environ la moitié de celui accordé à leurs homologues non 2ELGBTQIA+ (figures 24 et 25). Ces résultats mettent en évidence une disparité critique dans la qualité des interactions entre les patient(e)s et les prestataires de santé.

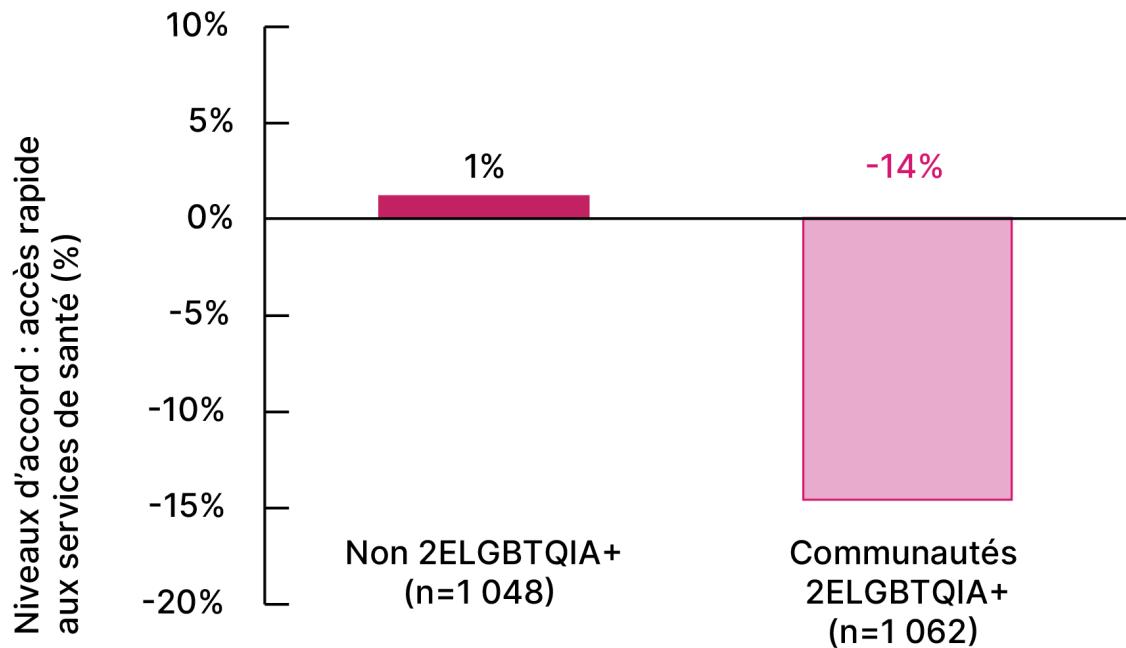


Figure 24: 2ELGBTQIA+ c. non 2ELGBTQIA+ : les délais d'attente pour accéder aux services de santé dont j'ai besoin sont appropriés

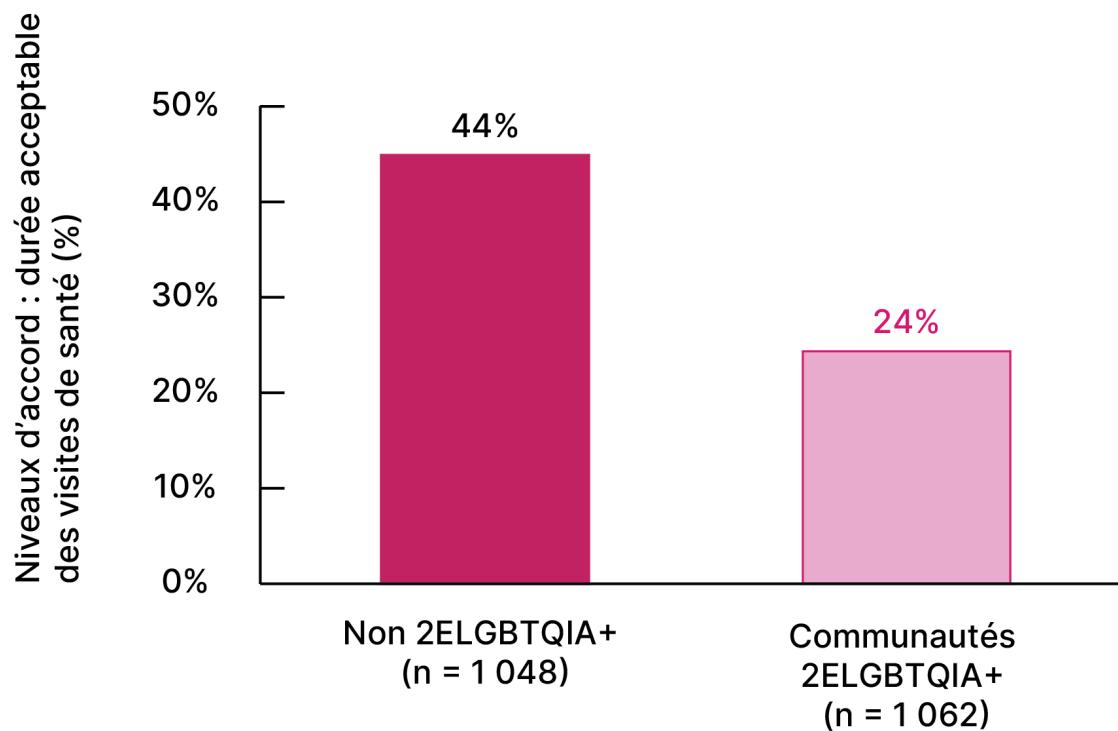


Figure 25: 2ELGBTQIA+ c. non 2ELGBTQIA+ : la durée de mes consultations avec les professionnel(le)s de la santé est appropriée (%)

Il a été demandé aux personnes interrogées si elles étaient d'accord avec l'affirmation suivante : « La qualité des services fournis dans les centres de santé ou les cliniques est acceptable ». Les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ rapportent des niveaux d'accord considérablement plus faibles (**37 %**) que ceux des personnes non 2ELGBTQIA+ (**50 %**) (figure 26). Cet écart met en évidence une disparité dans la perception de la qualité des soins de santé par les différentes populations.

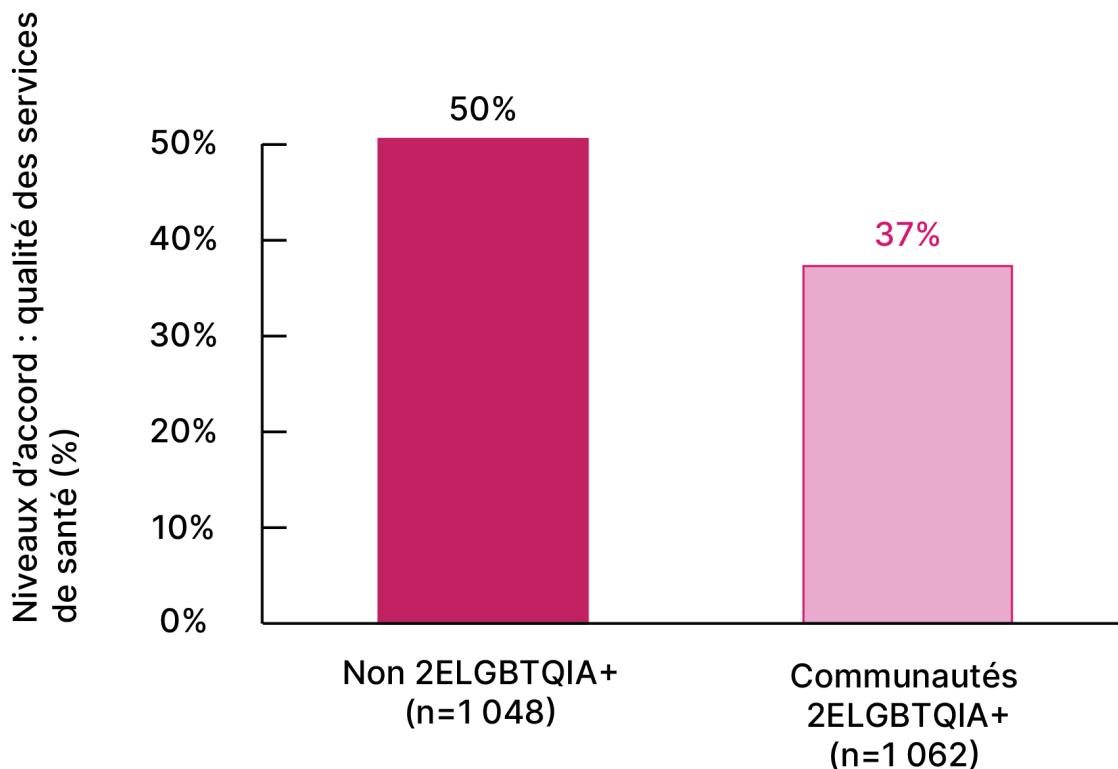


Figure 26: 2ELGBTQIA+ c. non 2ELGBTQIA+: qualité des services de santé

Les professionnel(le)s de la santé ont souvent du mal à comprendre le parcours des personnes 2ELGBTQIA+.

Nous avons également demandé aux personnes interrogées si elles sont d'accord avec l'affirmation suivante : « Les professionnel(le)s de la santé comprennent mon parcours ». Les résultats variaient considérablement selon l'identité (figure 27). Les personnes **trans** interrogées sont d'accord à **1 %**, ce qui indique qu'elles perçoivent une très faible compréhension de la part des professionnel(le)s de la santé. Les **personnes au genre fluide** sont d'accord à **0 %**, reflétant une absence nette d'accord avec cette affirmation. Le résultat net pour les **répondant(e)s queers** est négatif, atteignant **-6 %**. Cela indique qu'un nombre considérablement plus important de répondant(e)s étaient en désaccord avec cette affirmation plutôt qu'en accord. Pour les **personnes asexuelles**, le résultat net

est également négatif, atteignant -3 %. En revanche, le résultat pour les répondant(e)s **gays** est le plus élevé parmi les sous-groupes 2ELGBTQIA+. Leur résultat de **49 %** se rapproche de celui des répondant(e)s non 2ELGBTQIA+ (50 %). Ces constats mettent en lumière les inégalités persistantes quant à la perception qu'ont les individus d'être compris par leurs prestataires de santé.

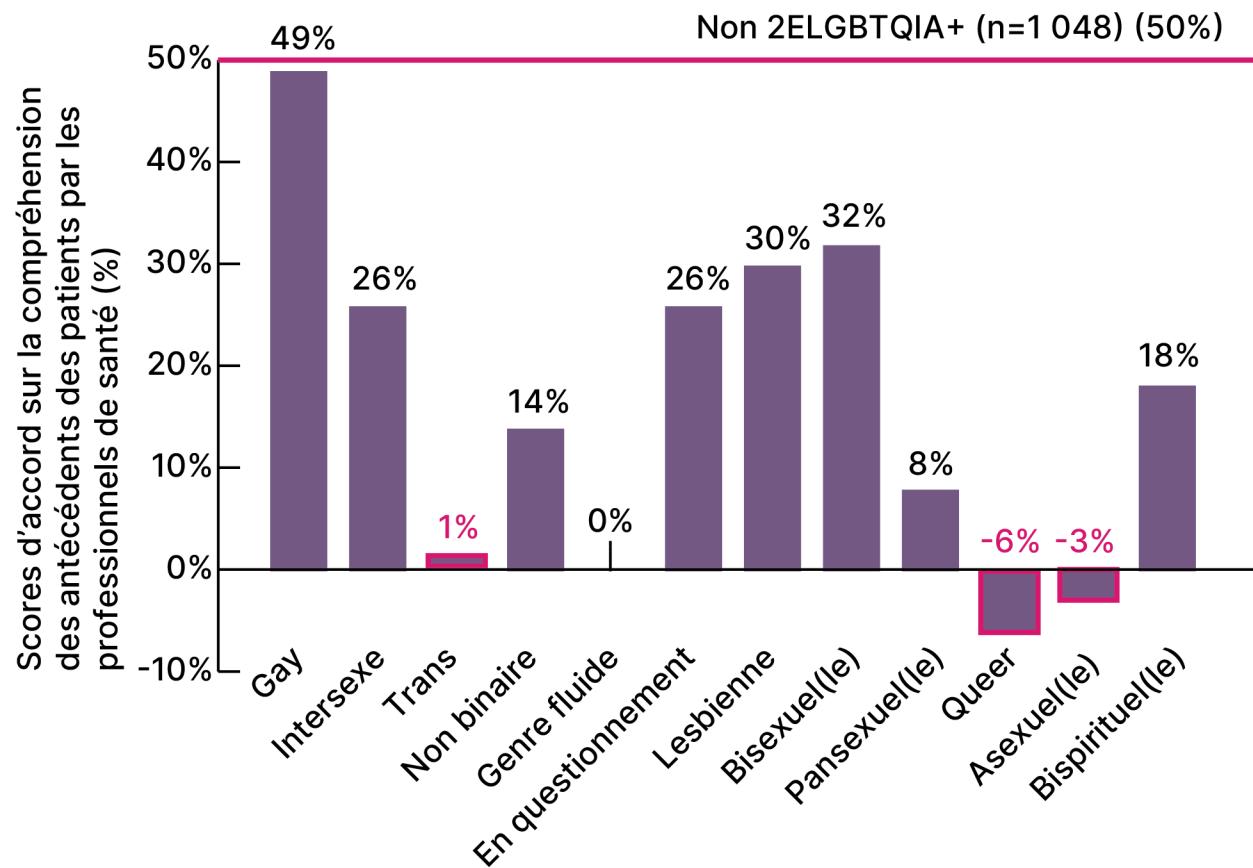


Figure 27: Compréhension du parcours des patient(e)s (%)

Les défaiillances systémiques et le manque de professionnel(le)s de la santé suffisamment formés compromettent la prise en charge inclusive des personnes 2ELGBTQIA+.

D'après les entretiens menés auprès des parties intéressées, les services de santé ne répondent pas aux besoins spécifiques des personnes 2ELGBTQIA+, non seulement en raison de la fragmentation du système, mais aussi parce que les patient(e)s rencontrent régulièrement des prestataires de santé mal informé(e)s, non préparé(e)s ou visiblement mal à l'aise. Les parties intéressées décrivent des scénarios où les professionnel(le)s de la santé manquaient de formation ou de confiance pour aborder les problèmes de santé de base des personnes 2ELGBTQIA+, ce qui entraînait des orientations inappropriées, des erreurs de diagnostic répétées ou le transfert des patient(e)s d'un service à l'autre sans résolution du problème. Dans de nombreux cas, les personnes 2ELGBTQIA+ sont laissées à elles-mêmes pour éduquer leurs médecins ou choisissent d'éviter tout soin par crainte de discrimination, d'être mégenrées ou de sortir du placard involontairement.

Les services de soutien non médicaux essentiels ne sont généralement pas financés par les fonds publics, ce qui aggrave les inégalités en santé pour les communautés 2ELGBTQIA+. Bien que ce soutien soit essentiel au bien-être global, les assurances maladie et les systèmes de financement public les excluent fréquemment. Par exemple, les consultations en santé mentale, les fournitures pour l'administration du traitement hormonal de substitution et les soins de suivi postopératoires entraînent des frais à la charge de la patiente ou du patient. Le langage politique et les cadres de financement omettent fréquemment ces « services de soutien » au-delà des procédures de base, limitant ainsi leur impact sur les résultats globaux en matière de santé et décourageant l'accès soutenu aux soins (Bond et coll., 2022; D'Angelo et coll., 2025). Sans financement pour ces services de soutien, les problèmes d'accessibilité persistent même lorsque les procédures de soins sont techniquement disponibles. Les manques en matière de soins de santé mentale et de soins de suivi amplifient le stress, augmentent la discontinuité des soins et renforcent les inégalités auxquelles sont confrontées les identités marginalisées (Berrian et coll., 2025).

Le manque de formation formelle signifie que les prestataires de santé doivent souvent « apprendre sur le tas » comment prendre soin des personnes 2ELGBTQIA+.

Un(e) professeur(e) établi(e) en Ontario a abordé les manques en matière de formation des professionnel(le)s de la santé qui contribuent aux inégalités persistantes en matière de soins:



Lorsque nous avons mené des études auprès de professionnel(le)s de la santé, [nous avons constaté] qu'ils et elles avaient pour la plupart appris à travailler avec les communautés queers et trans "sur le tas". Ce n'est donc pas un problème pour lequel ils et elles se sentent suffisamment préparé(e)s au moment de l'obtention de leur diplôme.

– Professeur(e), Ontario, Répondant(e) à un Entretien

3.5 Informations Médicales en Ligne

Les personnes 2ELGBTQIA+ s'appuient davantage sur des informations médicales en ligne que leurs homologues non 2ELGBTQIA+.

Compte tenu des disparités constatées en matière de satisfaction, d'accès et d'expérience relativement aux soins de santé chez les personnes 2ELGBTQIA+, il n'est pas surprenant que beaucoup se tournent vers Internet pour obtenir des informations médicales. **56 %** des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ déclarent avoir essayé des conseils médicaux trouvés en ligne et **45 %** indiquent le faire spécifiquement en raison d'un manque d'accès aux professionnel(le)s de la santé (figure 28). Ces taux sont nettement supérieurs à ceux rapportés par les personnes non 2ELGBTQIA+. En plus, **33 %** des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ déclarent avoir suivi des conseils en ligne plutôt que les recommandations d'un médecin ou d'un professionnel(le) de la santé.

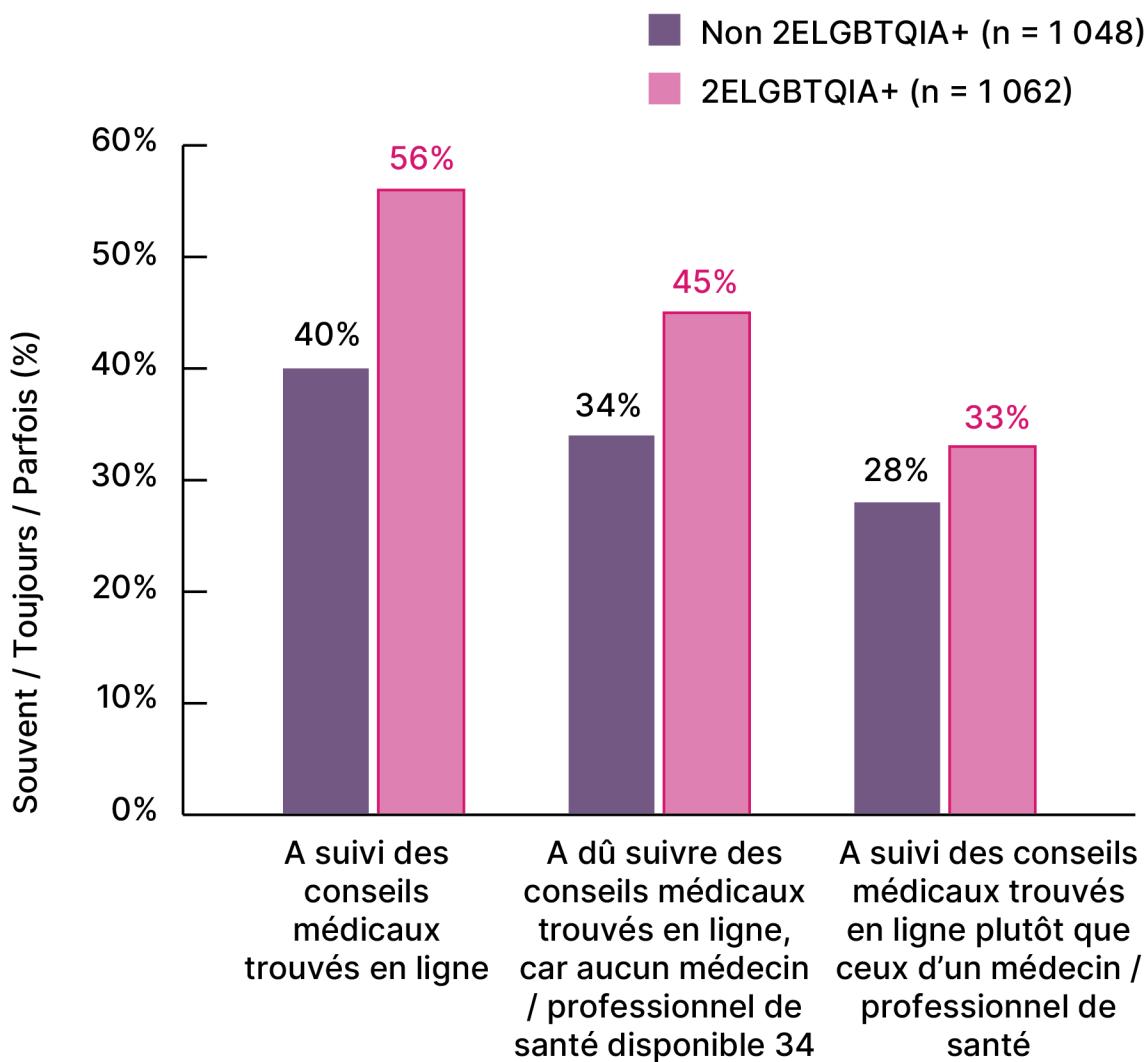


Figure 28: Informations en ligne

Ce passage à la recherche de soins de santé en ligne souligne les obstacles systémiques auxquels sont confrontées de nombreuses personnes 2ELGBTQIA+. De plus, ces résultats témoignent d'une méfiance découlant d'interactions insatisfaisantes avec le système de santé canadien.

Bien que les ressources en ligne ne remplacent pas les soins, il est important de reconnaître que tous les contenus médicaux numériques ne sont pas pour autant peu fiables ou nuisibles. Ces dernières années, un nombre croissant de professionnel(le)s de la santé et de médecins agréé(e)s, dont beaucoup s'identifient comme 2ELGBTQIA+, ont utilisé des plateformes telles qu'Instagram, TikTok et Facebook pour partager des informations accessibles, valorisantes et fondées sur des preuves. Ces espaces numériques peuvent contribuer à combler des manques importants en matière d'éducation et de soutien à la santé en abordant des questions et des préoccupations souvent négligées dans les soins de santé traditionnels. Dans ce contexte, il est compréhensible que les personnes 2ELGBTQIA+ puissent se tourner vers les médias sociaux comme outil complémentaire pour accéder à des informations de santé précises et pour favoriser les liens communautaires lorsque les soins formels les excluent.

Les recherches futures devraient explorer comment les personnes 2ELGBTQIA+ évaluent et utilisent les informations sur la santé en ligne, notamment les étapes nécessaires pour différencier les sources fiables des informations trompeuses. Ces connaissances peuvent guider les stratégies visant à amplifier les communications crédibles et inclusives en matière de santé et à mieux intégrer le recours au contenu en ligne dans les parcours de soins formels. Ce travail souligne également la nécessité pour les systèmes de santé d'investir dans la communication numérique et la création de contenus qui répondent aux besoins des communautés avec compassion, compétence et crédibilité.

3.6 Résumé des Constats Clés

- Les personnes 2ELGBTQIA+ interrogées, en particulier celles **trans, queers, pansexuelles, asexuelles, non binaires, intersexes, bispirituelles et au genre fluide**, priorisent les **services de santé mentale et d'affirmation de genre** davantage que les personnes non 2ELGBTQIA+, mais témoignent systématiquement des résultats les plus bas en matière de facilité d'accès perçue et de satisfaction. Ces données révèlent des manques importants dans la prestation de services à celles et ceux qui en ont le plus besoin.
- Les données des enquêtes et des entretiens révèlent que les personnes **trans, non binaires et bispirituelles** sont confrontées à certains des obstacles les plus importants en matière de soins de santé, notamment des temps d'attente plus longs, des consultations cliniques plus courtes et une qualité des soins perçue comme inférieure. Dans certaines régions, les personnes interrogées décrivent également une dépendance excessive à l'égard de prestataires de santé uniques, ce qui entraîne une vulnérabilité accrue aux interruptions de service.
- Les parties intéressées soulignent que l'**instabilité économique**, par exemple la pauvreté, l'insécurité du logement et la précarité de l'emploi, empêche fréquemment les personnes 2ELGBTQIA+ d'accéder aux soins ou de continuer à les recevoir. Ces obstacles sont ressentis de manière particulièrement aiguë par les personnes **trans et ayant une diversité du genre**.

- Les professionnel(le)s de la santé sont généralement perçus comme **comprenant peu les identités 2ELGBTQIA+**, ce qui est ressenti le plus vivement par les personnes interrogées **au genre fluide, trans, queers et asexuelles**.
- Les parties intéressées soulignent que **les prestataires de santé manquent souvent de formation formelle en matière de santé des personnes 2ELGBTQIA+**, obligeant beaucoup d'entre eux à « apprendre sur le tas ».
- Les personnes 2ELGBTQIA+ sont considérablement plus susceptibles que celles non 2ELGBTQIA+ de **se fier aux conseils médicaux en ligne**, ce qui met en évidence des manques importants au niveau de l'accessibilité aux informations sur la santé et les soins d'affirmation.
- Globalement, les résultats révèlent des **disparités préoccupantes en matière de qualité, de rapidité et d'inclusivité** des soins de santé pour les populations 2ELGBTQIA+. Presque tous les sous-groupes signalent des temps d'attente plus longs, des consultations plus courtes avec les prestataires de santé et une compréhension moindre de la part de ces derniers. Ces disparités indiquent à la fois des **manques au niveau des services** et des **iniquités structurelles** intégrées au sein du système de santé.

Ces constats mettent en évidence un impératif politique urgent pour que les systèmes de santé, les établissements d'enseignement et les décideur(euse)s politiques agissent avec détermination. Pour remédier à ces inégalités, trois mesures interdépendantes sont nécessaires:

- Mener des recherches sur les facteurs d'iniquité, notamment la discrimination systémique, les préjugés des prestataires de santé et les obstacles institutionnels.
- Mettre en œuvre des réformes systémiques qui privilégient l'équité, la confiance et des soins tenant compte des différences culturelles.
- Développer une formation complète pour les professionnel(le)s du secteur médical sur la santé des personnes 2ELGBTQIA+.

Des stratégies complémentaires incluent:

- Intégrer de la formation sur la santé des personnes 2ELGBTQIA+ dans tous les programmes de formation médicale.
- Développer des services de santé mentale et d'affirmation de genre, en particulier dans les régions mal desservies.
- Embaucher du personnel de soutien qualifié pour aider les personnes 2ELGBTQIA+ à naviguer à travers le système de santé.
- Recueillir des données désagrégées sur le sexe, le genre et la sexualité afin d'orienter les efforts en matière d'équité.
- Investir dans des ressources numériques crédibles sur l'affirmation de genre.
- Cartographier les services existants afin de repérer et de combler les manques en matière de soins critiques.
- S'attaquer aux déterminants structurels de la santé tels que la pauvreté et l'insécurité du logement, qui limitent l'accès aux soins.

Stigmatisation et Discrimination dans le Système de Santé Canadien



La stigmatisation et la discrimination touchent de manière disproportionnée les communautés 2ELGBTQIA+, qui continuent de faire face à des niveaux élevés d'exclusion sociale, de harcèlement et de marginalisation (Comeau et coll., 2023). Bien que le Canada ait fait des progrès en matière de protection juridique pour certaines identités 2ELGBTQIA+, toutes ne sont pas traitées de manière égale devant la loi ou dans le discours public. La stigmatisation systémique et interpersonnelle reste profondément ancrée dans de nombreux aspects de la vie, notamment les soins de santé, l'éducation, l'emploi et le logement.

Bien que les personnes 2ELGBTQIA+ subissent des taux de discrimination plus élevés que leurs pairs non 2ELGBTQIA+, il demeure nécessaire de disposer de données plus précises pour saisir la diversité des expériences vécues selon les identités, les régions et les systèmes de santé. Pour combler ce manque, le rapport rose 2025 sur la santé a mesuré les niveaux actuels de stigmatisation et de discrimination vécus par les personnes 2ELGBTQIA+ au Canada.

4.1 Expériences de Sigmatisation

Pour saisir la réalité quotidienne des patient(e)s qui naviguent à travers ces systèmes, nous avons demandé aux participant(e)s d'indiquer la fréquence à laquelle ils ou elles subissaient des formes spécifiques de stigmatisation dans les établissements de soins. Nous avons utilisé une échelle à cinq points allant de « jamais » à « toujours ». Les pourcentages mettent en évidence les incidents isolés et les schémas d'exclusion récurrents.



Les personnes 2ELGBTQIA+ sont plus susceptibles de se sentir en danger que leurs homologues cisgenres et hétérosexuels. De plus, elles sont souvent obligées de former leurs prestataires de services soi-même, ce qui témoigne d'un manque généralisé de formation et de compétences de base en matière de soins inclusifs.

39 % des personnes 2ELGBTQIA+ déclarent avoir dû expliquer leur identité sexuelle ou de genre à des professionnel(le)s de la santé au moins occasionnellement, soit plus du double du taux observé chez les personnes non 2ELGBTQIA+ (**19 %**) (figure 29).

Parallèlement, **36 %** des personnes 2ELGBTQIA+ déclarent cacher certains aspects de leur identité aux professionnel(le)s de la santé au moins occasionnellement, par comparaison à **20 %** de leurs pairs non 2ELGBTQIA+. Ce manque de transparence reflète une crainte d'être jugé(e) ou maltraité(e), et compromet considérablement la confiance nécessaire à des soins cliniques efficaces.

Un sentiment de malaise ou d'insécurité dans les établissements de soins a été signalé par 35 % des répondant(e)s 2ELGBTQIA+, davantage que le **23 %** de personnes non 2ELGBTQIA+ ayant signalé le même sentiment (figure 29). Chose inquiétante, **près d'un(e) participant(e) sur quatre (23 %) appartenant à la communauté 2ELGBTQIA+ déclare avoir menti à un(e) professionnel(le) de la santé au sujet de son orientation sexuelle ou de son identité de genre, contre 12 % des répondant(e)s n'appartenant pas à la communauté 2ELGBTQIA+** (figure 29).

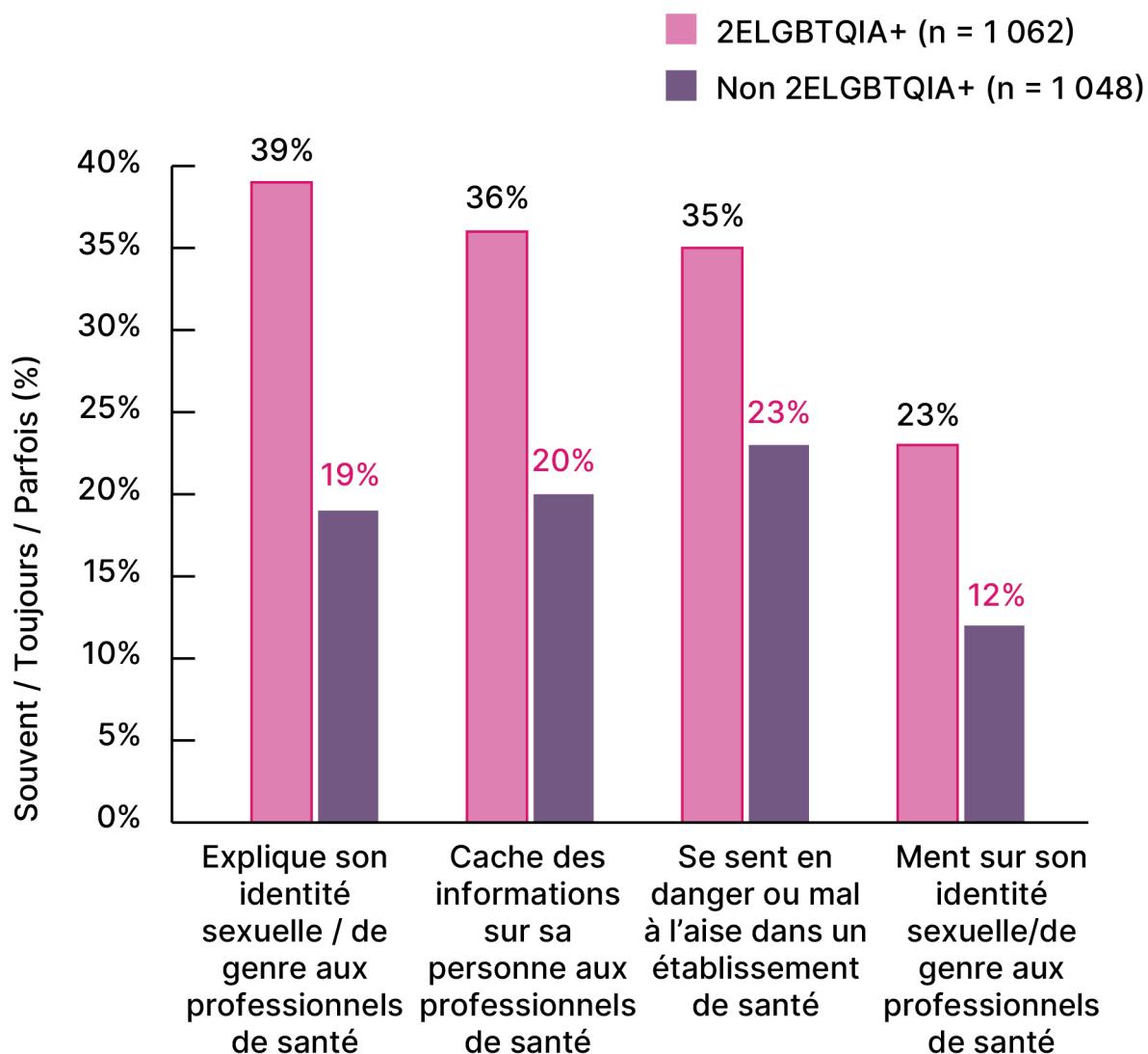


Figure 29: Expériences de stigmatisation liée aux soins de santé signalées par les participant(e)s 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+

Ces constats apportent la preuve concrète que la stigmatisation n'est pas un problème abstrait. Il s'agit d'une expérience continue qui influence l'interaction des personnes 2ELGBTQIA+ avec les systèmes de santé au Canada. Mesurer ces expériences vécues est essentiel pour repérer les domaines où des interventions sont nécessaires, que ce soit par le moyen de formations obligatoires pour les prestataires, d'une responsabilisation institutionnelle ou de l'amélioration des services spécifiques à la communauté. Sans prendre en compte la fréquence et l'impact de ces expériences, les efforts visant à créer des soins équitables et inclusifs resteront insuffisants et incomplets.

4.2 Discrimination, Refus de Soins et Risques Liés à la Divulgation

Nous avons demandé aux participant(e)s comment leurs prestataires de santé avaient réagi à la suite de la divulgation de leur identité. Ces informations sont essentielles, car la discrimination n'est pas toujours manifeste. Elle peut se manifester subtilement par un refus de soins, un comportement méprisant ou un traitement inadéquat. En demandant aux personnes interrogées à quelle fréquence elles se sentaient victimes de discrimination lorsqu'elles tentaient d'accéder aux soins de santé au Canada, et en cernant les raisons précises qui, selon elles, ont conduit à cette discrimination, la présente étude est en mesure d'examiner comment l'intersectionnalité des identités sexuelles et de genre influence l'état de santé.

Les personnes bispirituelles interrogées signalent les taux les plus élevés de discrimination dans le domaine des soins de santé, 77 % d'entre elles subissant des préjugés fondés sur leur identité.

Les résultats révèlent des schémas de discrimination profondément inquiétants. Plus de la moitié des personnes interrogées **trans (54 %), au genre fluide (54 %) et intersexes (51 %)** déclarent se sentir discriminées en raison de certains aspects de leur identité (figure 30). Les taux sont également remarquablement élevés pour les personnes non binaires (**49 %**), pansexuelles (**45 %**), queers (**47 %**), asexuelles (**44 %**) et lesbiennes (**38 %**). **Les témoignages des personnes bispirituelles sont particulièrement alarmants et exigent des mesures correctives urgentes.** **77 % des personnes bispirituelles interrogées ont subi de la discrimination dans les établissements de santé** (figure 30). Les participant(e)s citent l'orientation sexuelle et l'identité de genre comme les principales causes de discrimination.

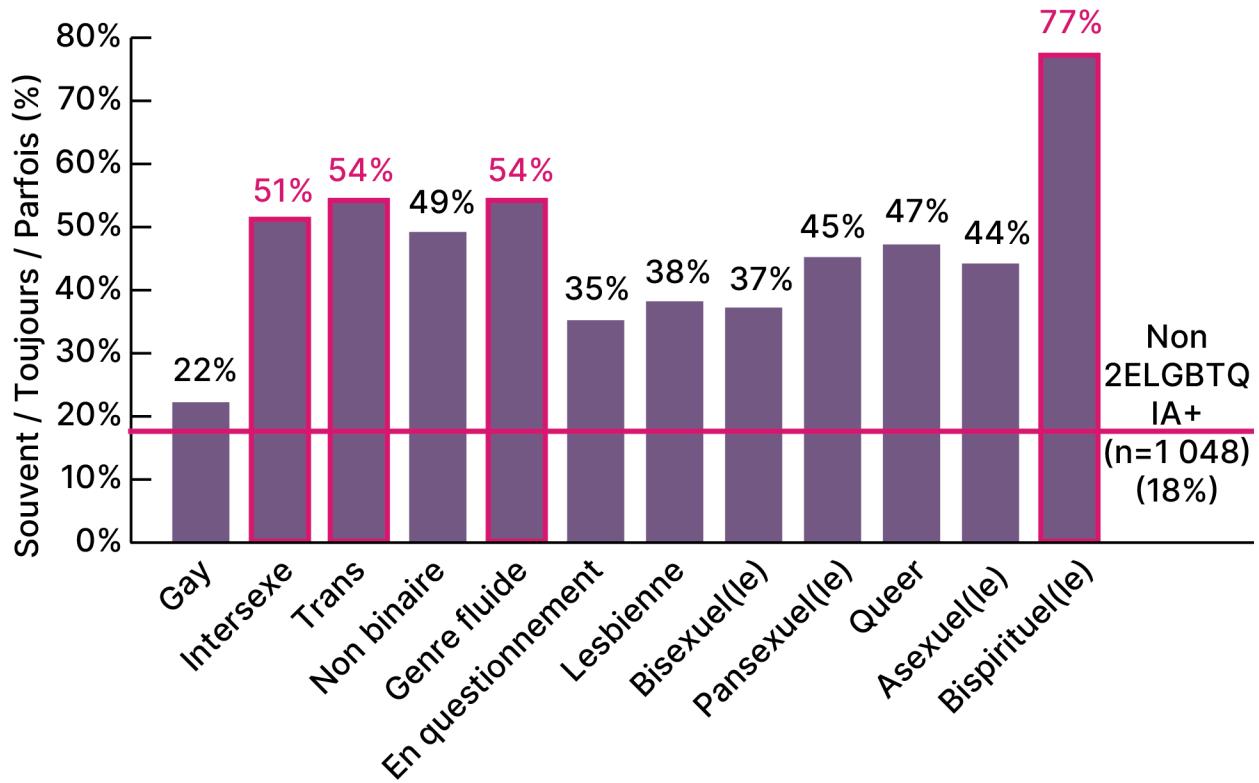


Figure 30: Expériences rapportées de discrimination liée aux soins de santé au sein des communautés 2ELGBTQIA+.

L'intersectionnalité des identités accentue la discrimination à l'égard des personnes noires et autochtones 2ELGBTQIA+ dans le système de santé.

Parmi les personnes 2ELGBTQIA+ blanches, **29 % déclarent avoir subi de la discrimination lors de l'accès aux soins de santé, contre 43 % des personnes noires et 57 % des personnes autochtones** (figure 31).

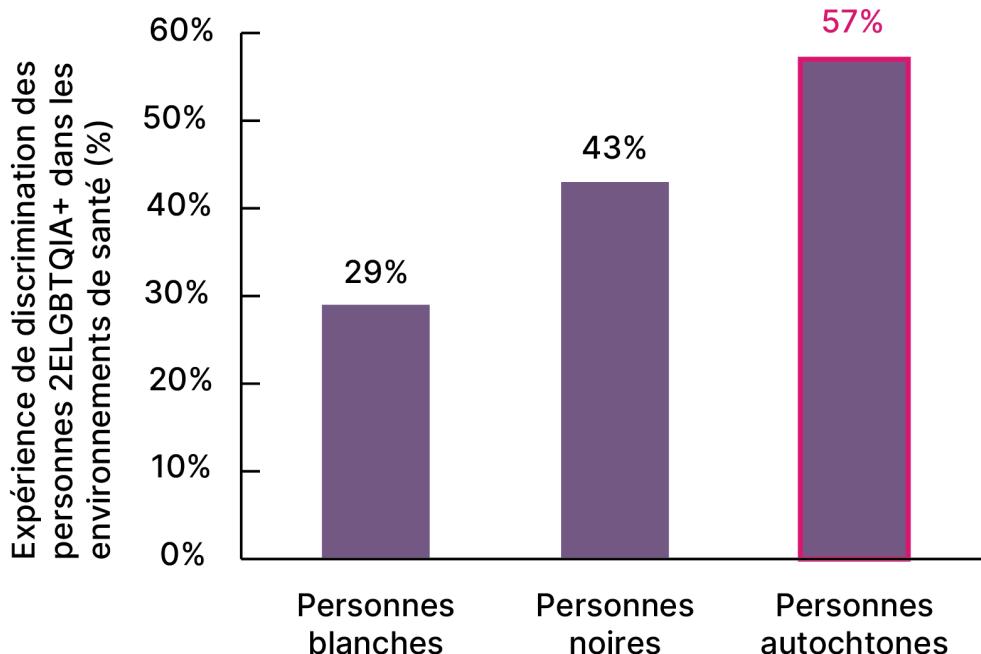


Figure 31: Expériences de discrimination dans le système de santé pour les personnes 2EGLBTQIA+ blanches, noires ou autochtones.



Si vous êtes une femme trans de couleur et qu'on vous attribue un thérapeute misogyne, vous devez soit subir des préjugés, soit retourner en bas de la liste d'attente.

– Chercheur(euse) Universitaire, Ontario



Je dirais simplement que, d'une manière générale, certaines personnes autochtones refusent tout simplement d'entrer dans un établissement de santé occidental. Et cela, par crainte de la façon comment elles seront traitées. Et je sais que beaucoup de cela découle du racisme systémique. Et pour les personnes bispirituelles, cette peur est donc amplifiée.

– Expert(e) en Communautés Autochtones, Saskatchewan

Les personnes 2ELGBTQIA+ vivant en milieu rural et dans de petites villes signalent des taux de discrimination plus élevés.

Une fois de plus, les disparités géographiques sont marquées. Parmi les participant(e)s 2ELGBTQIA+, **29 %** dans les grands centres urbains signalent des cas de discrimination. Ces taux augmentent fortement jusqu'à **46 %** pour celles et ceux qui vivent dans de petites communautés ou des communautés rurales (figure 32).

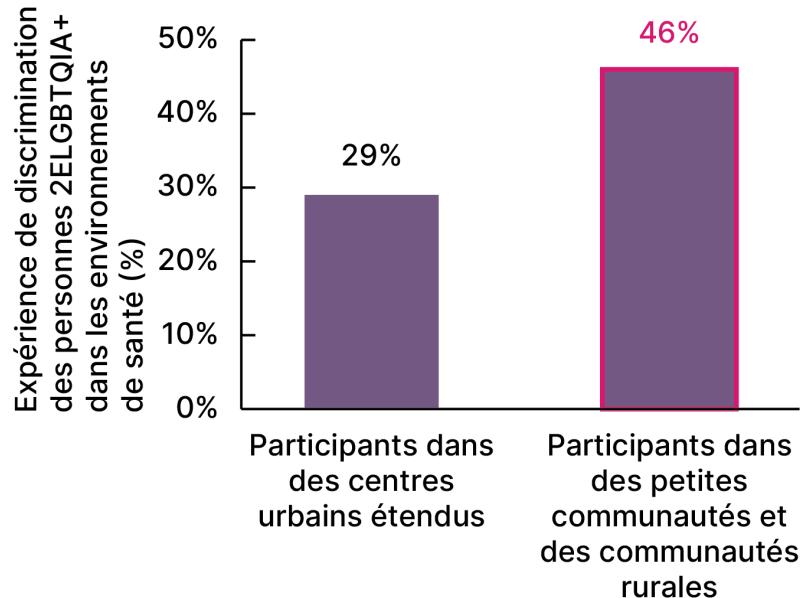


Figure 32: Expériences de discrimination dans les environnements de soins de santé pour les personnes 2ELGBTQIA+ selon le contexte communautaire.

La discrimination, la stigmatisation et le mégenrage restent profondément ancrés dans le système de santé canadien.

Les parties intéressées décrivent systématiquement les établissements de santé comme étant émotionnellement néfastes et dangereux pour les personnes queers et transgenres, **notamment dans les milieux ruraux et isolés. Le mégenrage, le morinommage et d'autres formes d'effacement restent courants**, contribuant à un sentiment d'aliénation et de méfiance envers les établissements de soins. La crainte d'être sorti du placard, surtout dans les communautés très soudées, pousse beaucoup de personnes à retarder leur visite chez le médecin ou à renoncer complètement aux soins. Même lorsque la discrimination n'est pas manifeste, les patient(e)s sont souvent contraint(e)s d'éduquer eux-mêmes leurs soignants sur la santé des personnes queers et trans.



Les gens ont peur ou ne veulent tout simplement pas se faire soigner à cause de la façon comment ils craignent d'être traités... Pour beaucoup, entrer dans les locaux de la Saskatchewan Health Authority est effrayant.

– Directeur(trice) Général(e),
Organisation Autochtone, Saskatchewan



Nous avons beaucoup de personnes qui souffrent de problèmes de santé chroniques, de douleurs chroniques, et qui, parfois, repoussent leurs consultations médicales par crainte de discrimination.

– Directeur(trice) Général(e), Terre-Neuve-et-Labrador



L'un(e) de nos client(e)s, qui est trans, a été transféré(e) vers un autre hôpital. Un(e) médecin de l'autre hôpital, qui a rédigé le rapport médical, a reconnu savoir que la personne était trans, mais avoir intentionnellement continué à la désigner par son ancien nom et à utiliser les mauvais pronoms, même dans le rapport médical.

– DG d'un hôpital, Ontario

Ces expériences ne sont pas seulement traumatisantes sur le plan émotionnel, elles sont également dangereuses pour la santé. Le rejet et la discrimination au niveau des soins ont des conséquences réelles et mesurables sur la santé. Les diagnostics tardifs, les traitements inappropriés et la négligence entraînent en fin de compte de mauvais résultats en matière de santé et des dommages à long terme pour la santé physique et mentale.

Les personnes bispirituelles (36 %), trans (31 %) et non binaires (30 %) signalent les taux les plus élevés de refus de soins parmi l'ensemble des répondant(e)s.

Lorsqu'on leur a demandé s'ils ou elles s'étaient déjà vu refuser des soins au Canada, les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ signalent des taux de refus nettement plus élevés que leurs homologues non 2ELGBTQIA+. Seulement 11 % des participant(e)s non 2ELGBTQIA+ déclarent s'être déjà vu refuser des soins (figure 33). En revanche, les taux de refus sont nettement plus élevés dans plusieurs groupes identitaires au sein de la population 2ELGBTQIA+. Les personnes **trans (31 %)**, **intersexes (30 %)**, **non binaires (30 %)**, **asexuelles (25 %)** et **au genre fluide (24 %)** font partie des plus susceptibles de déclarer s'être vu refuser des soins de santé. Notamment, **les participant(e)s bispirituel(le)s enregistrent le taux de refus le plus élevé, soit 36 %** (figure 33).

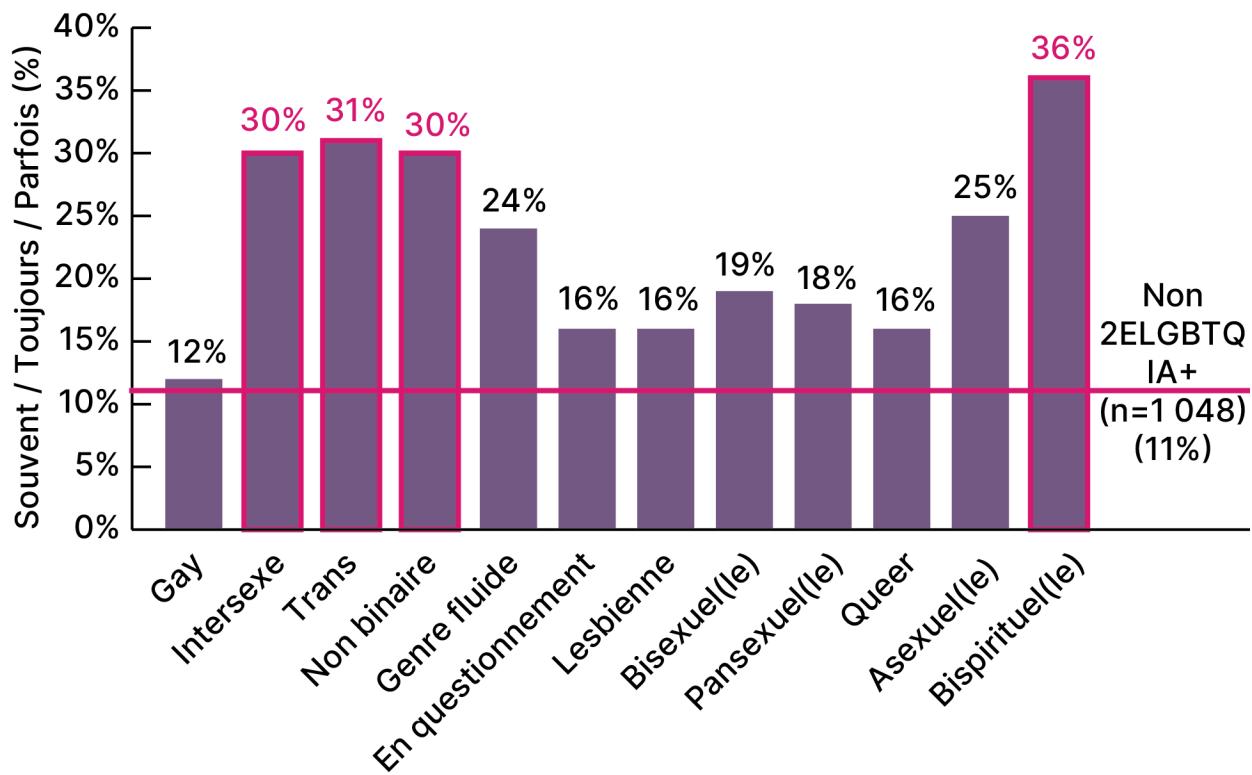


Figure 33: Niveaux signalés de refus de soins

Les personnes **trans et non binaires** interrogées signalent fréquemment s'être vu refuser des soins ou avoir été traitées de manière inégale, notamment en ce qui concerne les traitements d'affirmation de genre et les dépistages. Une femme trans a écrit:



Un pharmacien m'a dit qu'il ne me préparerait pas une ordonnance pour un traitement hormonal de substitution. De plus, le fait que je suis une femme trans et que j'ai encore une prostate semble être négligé... Pourtant, un homme cis de 65 ans serait régulièrement examiné.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée

Les personnes 2ELGBTQIA+ noires, autochtones et dans les milieux ruraux sont confrontées à des taux plus élevés de refus de soins.

L'analyse de la fréquence des refus purs et simples dans les services de santé révèle des résultats tout aussi disproportionnés. Parmi les participant(e)s 2ELGBTQIA+, **30 % des personnes noires et 21 % des personnes autochtones déclarent s'être vu refuser des soins, contre 14 % des personnes blanches** (figure 34).

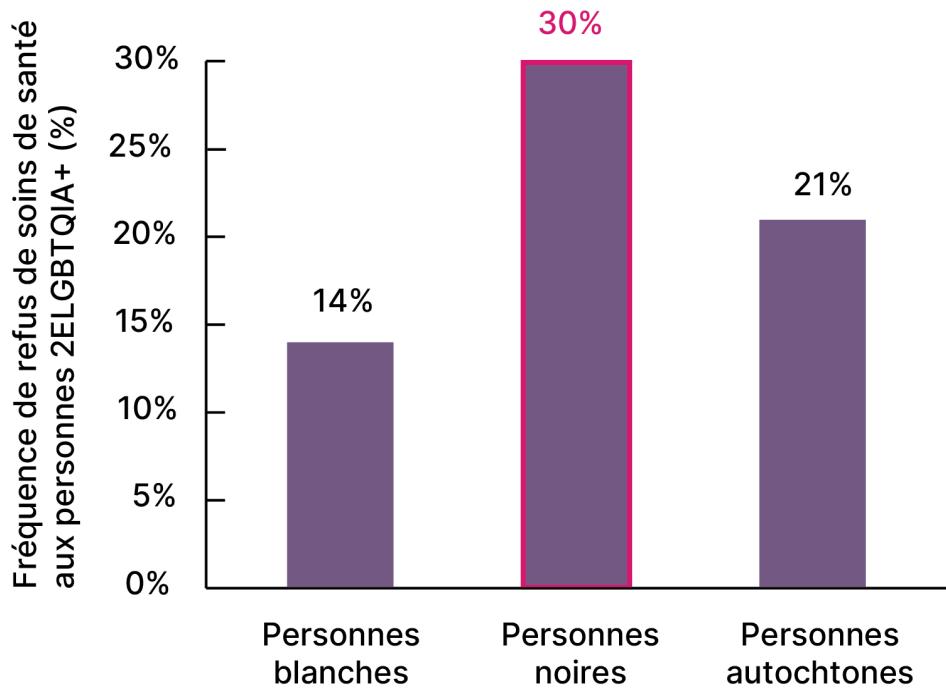


Figure 34: Fréquence des refus de soins de santé pour les personnes 2ELGBTQIA+ blanches, noires et autochtones interrogées.

Géographiquement, **13 % des personnes 2ELGBTQIA+ vivant dans de grands centres urbains déclarent s'être vues refuser des soins, tandis que ce chiffre double presque pour atteindre 25 % parmi celles vivant dans de petites communautés ou des zones rurales** (figure 35).

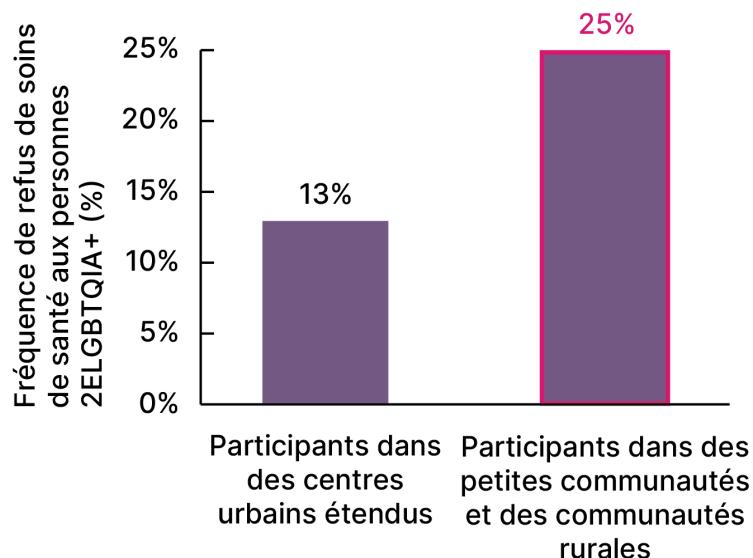


Figure 35: Fréquence des refus de soins pour les personnes 2ELGBTQIA+ vivant dans de grands centres et de petites communautés/des zones rurales.

Les personnes 2ELGBTQIA+ sont confrontées à des réactions négatives lorsqu'elles révèlent leur identité, ce qui engendre une peur de divulguer leur identité à l'avenir.

Les constats de l'enquête et des entretiens révèlent que pour de nombreuses personnes 2ELGBTQIA+, divulguer leur identité dans les établissements de santé est une arme à double tranchant. Ces personnes suscitent souvent des réactions négatives lorsqu'elles le font, et de la peur ou de l'évitement lorsqu'elles ne le font pas. Pour évaluer la manière comment les professionnel(le)s de la santé réagissent après qu'un(e) patient(e) leur divulgue son orientation sexuelle, son identité de genre, ou le sexe de son ou de sa partenaire, nous avons demandé aux personnes interrogées si elles avaient constaté un changement dans leur traitement par les prestataires de santé après cette divulgation. Nous avons demandé aux personnes répondant par l'affirmative comment elles caractériseraient ce changement.

25 % des **répondant(e)s 2ELGBTQIA+** signalent avoir constaté un changement de comportement chez les prestataires de santé à la suite de cette divulgation. **La majorité qualifie ce changement de négatif.** À l'inverse, seuls **8 %** des participant(e)s non 2ELGBTQIA+ signalent un changement, ce qui indique que la divulgation de l'identité a un impact uniquement pour les personnes 2ELGBTQIA+ (figure 36). Parmi les répondant(e)s 2ELGBTQIA+, les personnes **trans (59 %), non binaires (48 %), queers (48 %), bispirituelles (46 %), au genre fluide (46 %)** et **intersexes (45 %)** sont celles qui signalent les changements les plus fréquents et les plus importants dans le comportement des prestataires de santé après avoir divulgué leur identité (figure 36). Ce changement est décrit comme **très négatif ou négatif**, ce qui leur fait perdre confiance en les soins, ou les pousse à éviter de futurs contacts avec les services de santé ou à s'autocensurer lors des consultations médicales.

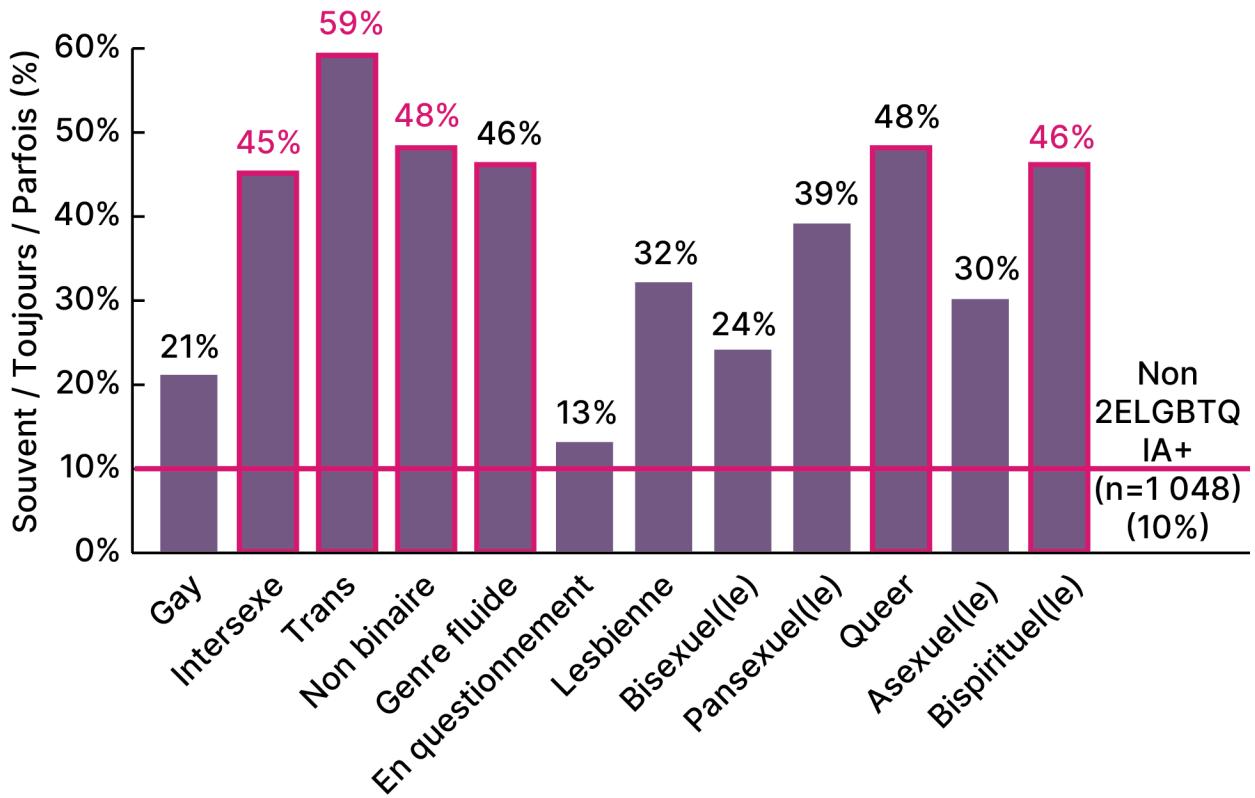


Figure 36: Réactions des professionnel(l)e)s de la santé face à une divulgation

Conformément à ces constats, un thème récurrent dans les entretiens avec les parties intéressées est celui de la **crainte de la divulgation** des patient(e)s, auquel s'ajoute le fardeau émotionnel d'être jugé(e)s ou rejeté(e)s par les prestataires de santé. Plusieurs participant(e)s décrivent que la divulgation de leur identité 2ELGBTQIA+ entraîne l'incrédulité ou le rejet pur et simple de la part des prestataires de santé, en particulier lorsque ces identités sortent des attentes normatives.



J'ai toujours peur d'être honnête avec les professionnel(l)e)s de la santé, par crainte d'être rejeté(e) ou haï(e). Je ne pense jamais pouvoir être vraiment honnête. Les gens me regardent différemment lorsque je révèle que je me sens queer. J'ai l'impression qu'ils me prennent moins au sérieux.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée



Les professionnel(le)s de la santé ne me croient pas quand je leur dis que je suis asexuel(le). On m'a dit de "ne pas mentir" et "d'être honnête" quand j'ai parlé de mon orientation sexuelle... Croyez les femmes.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée

De telles expériences érodent la confiance envers les systèmes de santé. Une personne non binaire explique:



Le fait d'avoir subi de la discrimination en raison de mon identité non binaire a parfois provoqué en moi de la méfiance envers les professionnel(le)s de la santé.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée

Par ailleurs, plusieurs participant(e)s soulignent l'importance de l'inclusion visible. L'absence de signes clairs de soutien aux personnes 2ELGBTQIA+, tels que des panneaux ou des drapeaux, conduit certaines personnes à **dissimuler leur identité ou éviter de la divulguer**:



La peur de ne pas être accepté(e). S'il n'y a pas de drapeaux [2ELGBTQIA+] ou de symboles d'inclusion, je n'ai pas l'impression de pouvoir partager mon identité.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée

Ces constats suggèrent que, pour de nombreuses personnes 2ELGBTQIA+, la divulgation de leur identité dans un cadre clinique est tout sauf neutre. Elle donne l'impulsion à un traitement différent qui renforce souvent la stigmatisation. Les expériences de ce genre contribuent à des inégalités plus générales dans le système de santé. Une fois de plus, afin de se prémunir contre les préjugés suivant la divulgation, les données soulignent la nécessité de la formation des prestataires de santé, de modèles de soins tenant compte des traumatismes, et de mécanismes de responsabilisation institutionnels.

Les parties intéressées signalent que les préoccupations liées à la divulgation de leur identité sont exacerbées par la pénurie reconnue de professionnel(le)s de la santé formé(e)s qui respectent l'identité. Les parties intéressées indiquent par ailleurs que **la santé des personnes queers et trans reste largement absente de la formation médicale formelle, ce qui laisse la plupart des prestataires de santé mal préparé(e)s à fournir des soins compétents**. Là où des prestataires de santé bienveillant(e)s existent, ils et elles sont souvent surchargé(e)s, tant professionnellement qu'émotionnellement, par les exigences liées à la palliation des manques systémiques.



Les gens vont donc là-bas [à Montréal], puis sortent de l'hôpital, rentrent chez eux et ont toujours des complications. Ils se retrouvent aux urgences où le médecin n'a aucune idée de ce qui s'est passé, n'a jamais vu ça auparavant... ils vivent une expérience terrible. C'est horrible.

– Directeur(trice) Général(e), Alberta

Au-delà des manques cliniques, les parties intéressées soulignent que les besoins de nombreux(ses) patient(e)s sont profondément relationnels, nécessitant confiance, reconnaissance et respect. Or, ces aspects sont fréquemment signalés comme faisant défaut.



Les gens ne peuvent toujours pas venir et parler ouvertement de leurs activités ou de qui ils sont... il y a encore beaucoup d'homophobie et de transphobie, et une vision négative de la sexualité en général.

– Directeur(trice) de la Santé et du Bien-être Communautaires, Manitoba



Je voudrais être encore plus utile dans mon travail... quand chaque médecin pourra le faire avec assurance.

– Médecin, Alberta

Les résultats révèlent que le refus d'accès aux soins n'est pas vécu de manière uniforme au sein des populations 2ELGBTQIA+. Au contraire, le refus se concentre chez celles et ceux dont l'identité remet en question les normes binaires de genre et celles et ceux ayant plusieurs identités marginalisées.

Les participant(e)s bispirituel(le)s signalent les niveaux les plus élevés de discrimination et de refus de soins, ce qui souligne l'impact cumulatif du colonialisme, du racisme et de la cishétéronormativité. Pour remédier à ces inégalités, il est nécessaire de renforcer la responsabilisation des prestataires de santé et de mettre en place des protections contre la discrimination, en particulier pour les sous-groupes les plus marginalisés. **Pour lutter activement contre les préjugés et réduire les préjudices dans les interactions cliniques**, la formation des prestataires de santé doit dépasser la simple **inclusion en surface**. Sans ces mesures, le système de santé continuera de perpétuer les inégalités mêmes qu'il devrait démanteler.

Ensemble, les constats de la présente étude sur la discrimination, les refus de soins et les réactions négatives face à la divulgation de l'identité soulignent l'urgence pour les systèmes de santé de lutter contre les préjugés implicites et explicites. Ces comportements reflètent des normes structurelles profondes qui continuent de faire de la divulgation de l'identité une source de risque plutôt qu'un facteur d'émancipation. Le fait que des personnes 2ELGBTQIA+ se voient aujourd'hui refuser des soins de santé au Canada en raison de leur identité sexuelle ou de genre est une réalité grave et inacceptable. Remédier à cette inégalité exige une réforme institutionnelle ainsi qu'une **formation et une éducation complètes** pour les professionnel(le)s de la santé. Ensemble, ces solutions peuvent garantir à tous des soins sûrs, inclusifs, empreints de respect, et respectueux de l'identité.

4.3 Mettre Fin à la Discrimination : Que Faut-il Faire?

En réponse à la question ouverte « Selon vous, que faut-il faire pour mettre fin à cette discrimination? », les participant(e)s 2ELGBTQIA+ citent toute une série de changements structurels, interpersonnels et culturels. L'analyse thématique révèle quatre grands axes de recherche:

- **défense des intérêts et éducation;**
- **respect et acceptation;**
- **formation des prestataires et représentation dans le système de santé; et**
- **responsabilité juridique.**

Ces perspectives offrent une feuille de route complète vers l'inclusion, étayée par des récits qualitatifs et des thèmes quantifiables.

4.3.1 Défense des Intérêts et Éducation

L'éducation et la sensibilisation figurent parmi les solutions les plus fréquemment citées. Un grand nombre de participant(e)s soulignent la nécessité de campagnes d'éducation du public et de défense des intérêts, insistant sur l'importance de faire évoluer les mentalités des prestataires de santé et de la société grâce à une information précise et une plus grande visibilité.

- **28 %** des répondant(e)s déclarent que l'**éducation** est nécessaire.
- **17 %** soulignent la nécessité de la **défense des intérêts pour l'inclusion**.
- **13 %** mettent l'accent sur l'amélioration des **connaissances et de la compréhension**.
- D'autres appellent à des **campagnes de sensibilisation du public** (9 %) et à des **conversations plus ouvertes** (6 %).



Il faut combiner l'éducation, des changements politiques et des transformations culturelles. C'est nécessaire. Éducation et sensibilisation, lois et protections renforcées. Représentation et visibilité, espaces sûrs et inclusifs... Nous pouvons créer une société plus égalitaire et inclusive.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée



Le fait que les médecins apprennent cela à l'école... Je crois que la jeune génération a une attitude beaucoup plus ouverte en ce qui concerne les questions de genre en général.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée



Une meilleure formation des médecins et des professionnel(le)s de la santé [...] pourrait être utile. « Être différent n'est pas un choix... Des séminaires avec des conférenciers(ières) invité(e)s qui ont souffert simplement parce qu'ils ou elles étaient différent(e)s.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée

4.3.2 Respect et acceptation

Des appels à plus de **respect, d'empathie et d'acceptation sociale** sont également fréquents, reflétant la nécessité de faire évoluer les mentalités culturelles et les normes interpersonnelles. Les participant(e)s décrivent les dommages émotionnels causés par des soins empreints de jugement ou de mépris et soulignent l'importance de la compassion et de l'ouverture d'esprit.

- **25 % demandent l'ouverture d'esprit et l'acceptation.**
- **14 % citent le besoin d'empathie et de compassion.**
- Parmi les autres thèmes récurrents figurent : le changement des **attitudes sociétales** (11 %); se concentrer sur un **comportement respectueux** (10 %); promouvoir le **respect mutuel** (3 %); et veiller à l'**égalité de traitement** (3 %).



Une communication ouverte et transparente, la compréhension des sentiments d'une personne et l'écoute attentive de ses confidences peuvent créer un environnement plus respectueux, inclusif et à l'écoute des besoins des communautés marginalisées.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée

4.3.3 Formation des Prestataires et Représentation dans le Système de Santé

Les participant(e)s soulignent l'importance de la **formation à la sensibilisation** et de la **compétence** globale des prestataires de santé, d'une plus grande **diversité** et des **normes professionnelles** plus fortes pour améliorer les interactions dans le domaine des soins de santé.

- **17 %** plaident en faveur d'une **formation à la sensibilisation** obligatoire.
- **10 %** réclament davantage de **représentation diversifiée** au sein de la profession médicale.
- **10 %** souhaitent une **sensibilisation accrue des prestataires de santé**.
- **9 %** demandent une **meilleure formation professionnelle** dans l'ensemble.



Une meilleure formation à la lutte contre les discriminations dans les facultés de médecine et des exigences obligatoires pour le maintien du droit de pratique médicale. De plus, les médecins devraient avoir à remplir des listes de vérification pour lutter contre les préjugés implicites.

– Personne 2ELGBTQIA+ Interrogée

Les solutions communautaires fonctionnent, mais elles ont besoin de soutien aux niveaux fédéral, provincial et des prestataires de soins.

Les entretiens avec les parties intéressées mettent en lumière le rôle essentiel que jouent déjà les responsables et les organisations de la communauté 2ELGBTQIA+ pour combler les manques systémiques en matière de soins. Les personnes interrogées décrivent un éventail de solutions locales mises en place, notamment **des services de navigation entre pairs, des initiatives de formation pour les professionnel(le)s de la santé et des réseaux de soutien informels pour les patient(e)s**. Bien que ces initiatives communautaires soient essentielles, les parties intéressées soulignent qu'elles sont **souvent sous-financées, temporaires et fortement dépendantes du travail non rémunéré de personnes déjà marginalisées**. Les parties intéressées sont très claires sur le fait que **mettre fin à la discrimination dans les services de santé ne peut pas reposer uniquement sur les efforts de la communauté. Un investissement durable et systémique est nécessaire de toute urgence pour soutenir à la fois la formation des prestataires de santé et les modèles de soins communautaires**. Ces réflexions rejoignent les priorités plus générales citées par les participant(e)s 2ELGBTQIA+ à l'enquête, notamment le besoin de défense des intérêts, de formation des prestataires et de soins inclusifs.

4.3.4 Responsabilité Juridique: Protection et Application des Lois dans le Secteur de la Santé

Bien que moins fréquemment citée, la nécessité de protections juridiques et d'une application plus stricte de la loi a été soulignée par certain(e)s participant(e)s afin que les personnes agissant de manière discriminatoire dans les établissements de santé soient tenues responsables de leurs actes.

- **5 % soutiennent des sanctions pour discrimination.**
- **3 % demandent des protections juridiques renforcées et des lois antidiscrimination.**

Ensemble, ces réponses témoignent d'une compréhension large et intersectionnelle de ce qui est nécessaire pour éliminer la discrimination dans les services de santé. Les participant(e)s réclament massivement de l'éducation, des compétences culturelles, des soins empreints de compassion et une responsabilité institutionnelle, le tout obtenu grâce à des réformes à la fois dans la pratique professionnelle et dans le discours public. Toutefois, les appels à la responsabilisation doivent aussi tenir compte du fait que les systèmes juridiques et institutionnels du Canada sont eux-mêmes façonnés par des iniquités coloniales et systémiques. Cela est particulièrement évident dans les témoignages des personnes bispirituelles et autochtones interrogées, qui signalent systématiquement un plus grand nombre d'obstacles à l'accès aux soins et une plus grande méfiance envers les institutions. Par conséquent, parvenir à une véritable responsabilisation exige non seulement une réforme des politiques au sein des structures existantes, mais aussi une transformation de ces systèmes qui ont historiquement marginalisé les personnes autochtones et 2ELGBTQIA+. Ces constats renforcent la nécessité d'une approche multidimensionnelle qui tient compte des préjugés à l'échelle individuelle, des obstacles à l'échelle institutionnelle et des préjugés à l'échelle sociétale.

4.4 Résumé des Constats Clés

- Les personnes 2ELGBTQIA+ sont beaucoup plus susceptibles de subir de la stigmatisation, de la discrimination et un refus de soins de santé que leurs pairs non 2ELGBTQIA+.
- Les personnes bispirituelles, trans, non binaires et intersexes signalent les taux les plus élevés de discrimination et de refus de soins.
- Les personnes 2ELGBTQIA+ noires, autochtones et vivant en milieu rural sont confrontées à des obstacles cumulatifs, faisant part de taux de discrimination et de refus de soins nettement plus élevés.
- Révéler son orientation sexuelle ou son identité de genre entraîne souvent des comportements négatifs de la part des prestataires de santé, ce qui érode davantage la confiance et dissuade les personnes de se faire soigner.
- Un grand nombre de patient(e)s 2ELGBTQIA+ cachent leur identité ou mentent aux professionnel(le)s de la santé de peur qu'on les juge, ce qui compromet l'efficacité des soins.
- Le manque généralisé de soins inclusifs et de formation des prestataires de santé fait en sorte que les patient(e)s doivent éduquer leurs médecins soi-même.
- Les parties intéressées soulèvent des solutions communautaires telles que le soutien par les pairs et la formation des prestataires de santé, mais celles-ci restent sous-financées et non durables.
- Les participant(e)s soulignent l'urgence de réformes structurelles, notamment la formation obligatoire des prestataires de santé, une représentation accrue et des protections juridiques.

Priorités Sanitaires



5.1 Priorités en Matière de Soins de Santé Exprimées par les Répondant(e)s à l'Enquête

Améliorer les soins de santé pour les communautés 2ELGBTQIA+ améliore les soins de santé pour tous.

Lorsqu'on leur a demandé quels services de santé inclusifs pour les individus 2ELGBTQIA+ elles souhaiteraient voir se développer, les personnes interrogées ont mentionné toute une série d'améliorations, dont plusieurs font écho à des priorités plus larges en matière de santé publique partout au Canada. **Ces données soulignent en quoi la prise en compte des besoins des communautés 2ELGBTQIA+ améliorera les soins de santé pour tous.** Parallèlement, les réponses révèlent des besoins accrus liés aux **soins d'affirmation de genre**, à la **santé mentale** et aux **pratiques inclusives des prestataires de santé**, reflétant des manques persistants dans la prise en charge des personnes 2ELGBTQIA+ par le système de santé.

5.1.1 Changements Systémiques et Politiques

Les participant(e)s réclament largement des **réformes axées sur l'équité**, notamment la nécessité d'une responsabilité structurelle, d'une meilleure prise en compte des problèmes de santé des personnes 2ELGBTQIA+ dans la conception des politiques, et d'un soutien systémique aux communautés queer et trans (figure 37).

- **19 %** des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ demandent une meilleure **sensibilisation aux problématiques des personnes 2ELGBTQIA+ dans les services de santé**.
- **18 %** plaident pour **un traitement plus équitable dans les services de santé**.
- **7 %** soulignent l'importance d'un **soutien institutionnel aux communautés 2ELGBTQIA+**.

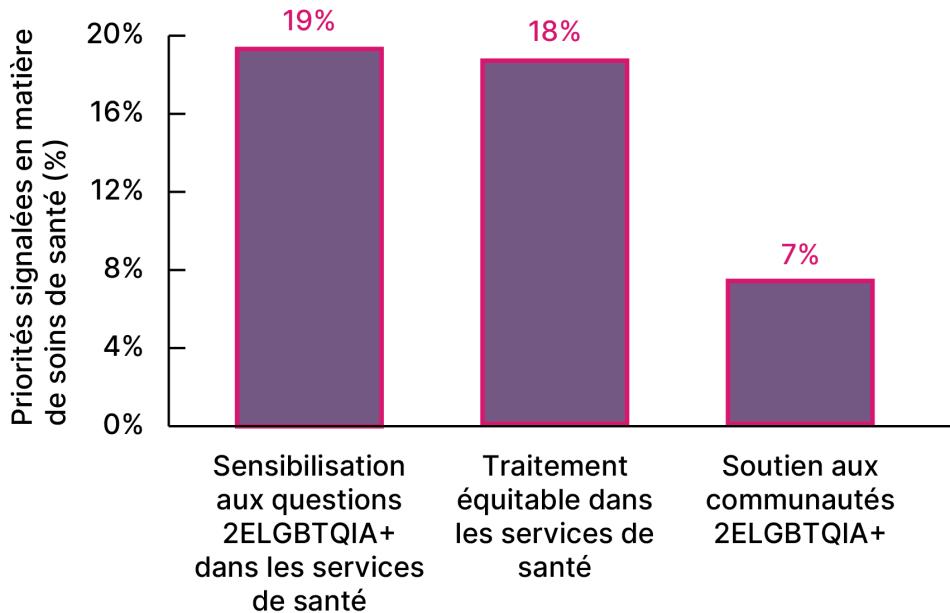


Figure 37: Priorités en matière de soins de santé signalées ayant trait aux changements systémiques et politiques (%)

5.1.2 Accès aux Services et Inclusion

Un **meilleur accès à des services de santé spécifiques** est un autre sujet majeur, en particulier pour la santé mentale, la santé sexuelle et les soins d'affirmation de genre (figure 38).

- **15 %** des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ donnent la priorité à des améliorations générales dans l'**accès aux soins**, contre **9 %** des participant(e)s non 2ELGBTQIA+.
- **11 %** demandent des **soins d'affirmation de genre** plus étendus, un résultat plus de trois fois supérieur à celui des répondant(e)s non 2ELGBTQIA+ (**3 %**).
- **10 %** demandent des **services de santé mentale** et des **conseils en santé sexuelle** inclusifs.

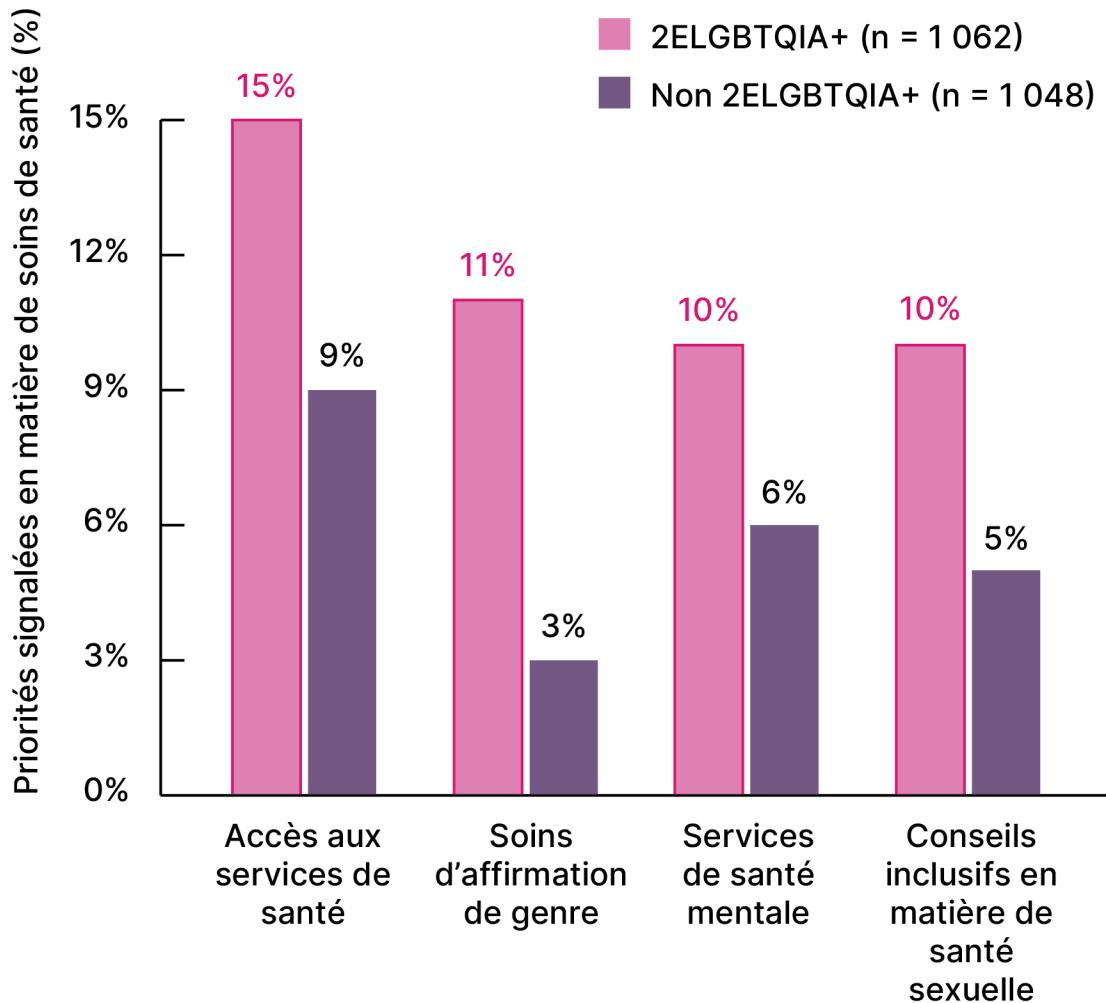


Figure 38: Priorités en matière de soins de santé signalées liées à l'accès aux services et à l'inclusion (%)

5.1.3 Compétence des Prestataires de Santé et Soins Empreints de Compassion

Une autre préoccupation fréquemment mentionnée est la **qualité des relations entre les prestataires de santé et les patient(e)s**. Beaucoup plaignent pour des environnements de soins plus inclusifs, ouverts d'esprit et respectueux (figure 39).

- **15 %** des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ demandent des **prestashopaires de santé qui ne pratiquent pas de discrimination**, contre **7 %** de leurs pairs non 2ELGBTQIA+.
- **11 %** soulignent l'importance de **prestashopaires de santé ouverts d'esprit** et **8 %** demandent des **environnements de communication sûrs et ouverts**.
- **7 %** mettent en évidence le besoin de prestataires de santé **sensibles à l'orientation sexuelle**.

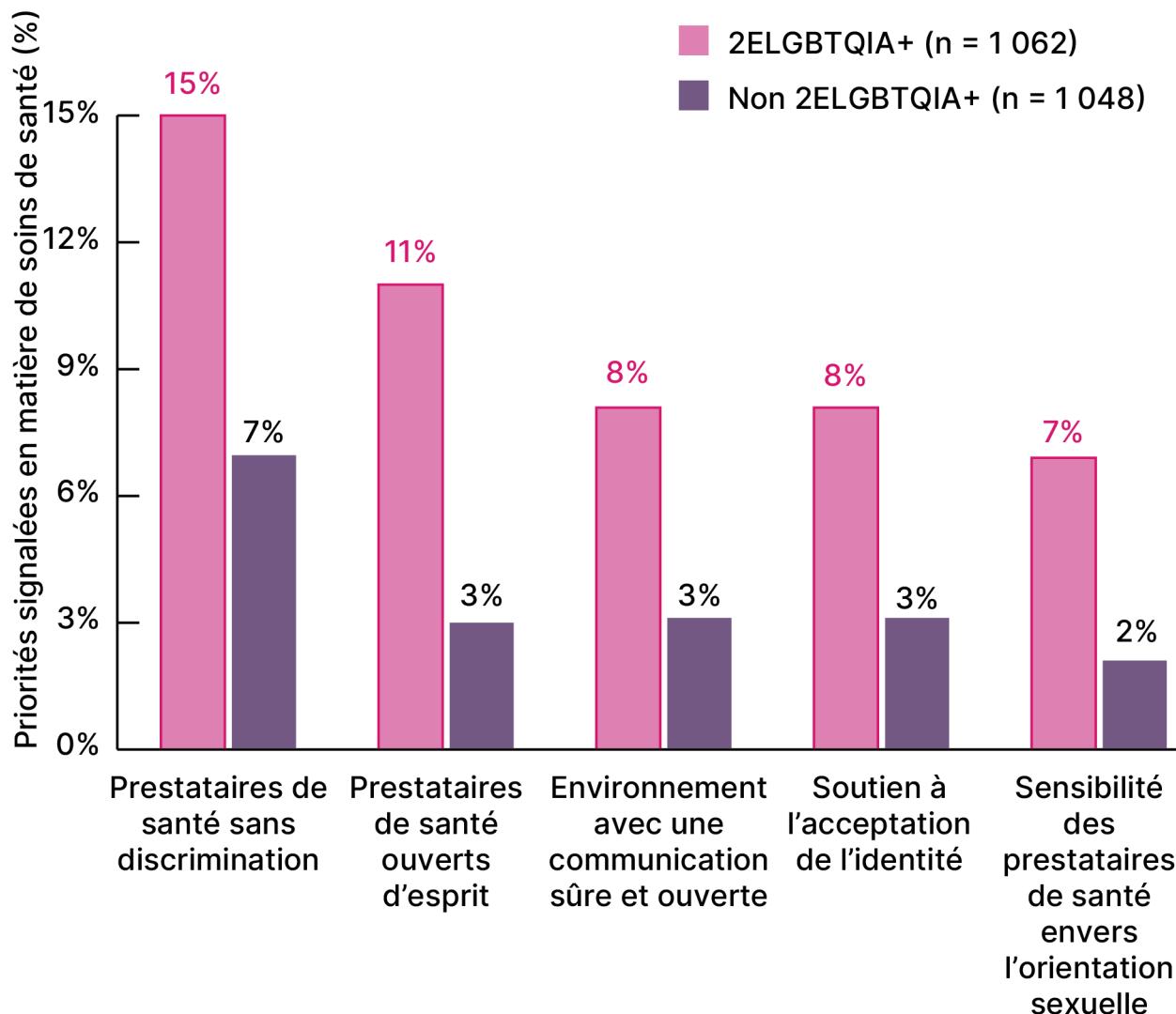


Figure 39: Priorités en matière de soins de santé signalées liées à la compétence des prestataires de santé et aux soins empreints de compassion (%).

5.1.4. Observations Supplémentaires

Les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ sont plus susceptibles de repérer des manques spécifiques dans les services et des possibilités d'amélioration, mais une proportion notable de répondant(e)s des deux groupes fait état d'incertitude (figure 40):

- **19 %** des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ répondent « **Je ne sais pas** » et **19 %** indiquent « **Rien de précis** ». Parmi les répondant(e)s non 2ELGBTQIA+, ces chiffres sont encore plus élevés (**32 %** et **30 %**, respectivement).
- Une petite portion (**5 %** des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ et **11 %** des répondant(e)s non 2ELGBTQIA+) s'oppose à l'idée de se concentrer spécifiquement sur la santé des personnes 2ELGBTQIA+, soulignant la stigmatisation persistante et l'incompréhension concernant le rôle des soins inclusifs.

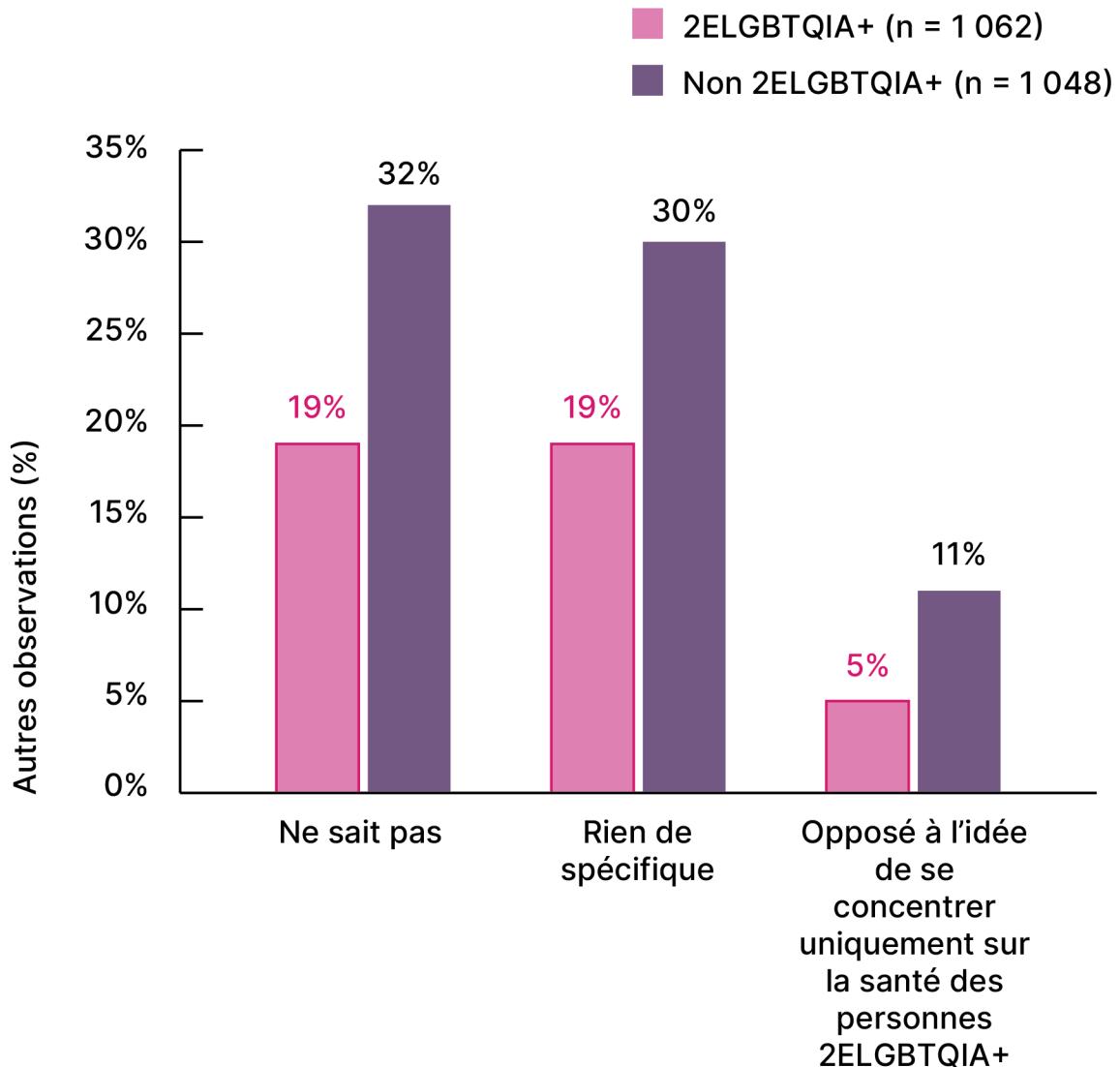


Figure 40: Autres observations (%)

Ces constats démontrent que, même si de nombreuses priorités en matière de soins de santé apportés aux personnes 2ELGBTQIA+ correspondent à celles de la population générale, il subsiste un besoin crucial de **services d'affirmation de l'identité, de pratiques sensibles des fournisseurs et de changements politiques systémiques** qui reconnaissent et prennent en compte les obstacles spécifiques rencontrés par les personnes 2ELGBTQIA+. Investir dans ces priorités n'est pas seulement une question d'équité, mais aussi un pas vers le renforcement du système de santé pour tous.

5.2 Enjeux les Plus Importants en Matière de Soins de Santé au Canada

Lorsqu'on leur a demandé de nommer les cinq problèmes de santé les plus urgents au Canada, les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+ ont en grande partie souligné les mêmes préoccupations systémiques. **Une pénurie de médecins et de professionnel(le)s de la santé (58–59 %), de longs temps d'attente (55–60 %) et un manque d'accès aux soins primaires (48–50 %)** sont le plus fréquemment cités, reflétant une préoccupation générale quant à la capacité et à la réactivité du système de santé (figure 41).

Bien que ces inquiétudes soient largement partagées, les personnes 2ELGBTQIA+ sont considérablement plus susceptibles de soulever des **manques au niveau des soins de santé mentale (34 % contre 24 %)**. De plus, elles mettent en évidence l'**inégalité des soins pour les populations 2ELGBTQIA+ (15 % contre 5 %)**, un manque de soins d'affirmation de genre (10 % contre 5 %) et un manque de **services sensibles aux spécificités culturelles (10 % contre 7 %)**. Ces constats suggèrent que les communautés 2ELGBTQIA+ subissent les mêmes pressions systémiques que leurs homologues cisgenres et hétérosexuels, auxquelles s'ajoutent des couches additionnelles d'exclusion, de stigmatisation et d'inaccessibilité.

Il est intéressant de noter que 16 % des participant(e)s, 2ELGBTQIA+ ou non, soulèvent un « **accès inégal aux soins dans les communautés rurales** » comme l'un des problèmes de santé les plus urgents (figure 41). Bien que cette préoccupation soit partagée par de nombreuses populations, les réalités vécues divergent fortement. Les résultats montrent que les personnes 2ELGBTQIA+ vivant en milieu rural sont confrontées à des obstacles beaucoup plus importants en matière de soins de santé, notamment des taux plus élevés de discrimination, des temps d'attente plus longs et des refus de services plus fréquents par rapport à leurs homologues ruraux non 2ELGBTQIA+. Cela souligne comment les inégalités géographiques et identitaires qui s'entrecroisent se conjuguent pour créer des expériences particulièrement néfastes dans les services de santé.



Figure 41: Problèmes avec les services de santé les plus fréquemment cités par les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+ (%).

Combler les manques mis en évidence par les communautés 2ELGBTQIA+, notamment en matière d'inclusion, de santé mentale et de soins d'affirmation de genre **peut renforcer le système de santé pour tous**. Des réformes équitables améliorent non seulement l'accès et la sécurité des groupes marginalisés, mais aussi la performance globale du système, la compétence des prestataires de santé et la confiance des patients. La mise en place d'un système de santé adapté aux communautés 2ELGBTQIA+ contribue à un système plus efficace, plus compatissant et plus inclusif pour tous.

5.3 Améliorer l'Expérience au Sein du Système de Santé

Parmi les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+, il y a un fort degré d'entente sur les améliorations les plus urgentes dont a besoin le système de santé canadien (figure 42). Les trois principales priorités communes sont:

1. **Des délais d'attente plus courts pour les rendez-vous et les interventions (56–60 %);**
2. **Un meilleur accès aux médecins de famille et aux prestataires de soins primaires (56–57 %);**
3. **La réduction des coûts des soins de santé et des médicaments (41–43 %).**

Toutes ces priorités reflètent une préoccupation généralisée concernant l'accès, l'abordabilité et la capacité du système.

Une fois de plus, des différences nettes apparaissent lorsque nous examinons de plus près les besoins spécifiques à chaque identité. **Les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ sont près de quatre fois plus susceptibles que les répondant(e)s non 2ELGBTQIA+ de sélectionner « plus de professionnel(le)s de la santé formés aux besoins de santé des personnes 2ELGBTQIA+ » (26 % contre 7 %)**, ce qui met en évidence un manque critique dans la compétence des prestataires de santé et la prestation de soins inclusifs (figure 42). Le fait que si peu de personnes non 2ELGBTQIA+ cernent ce besoin peut refléter un **manque de sensibilisation aux obstacles, à la discrimination et aux soins inadéquats auxquels de nombreuses personnes 2ELGBTQIA+ sont confrontées dans les milieux cliniques**. Cette disparité souligne l'importance de placer au centre des débats les voix de celles et ceux qui font l'expérience de ces problèmes lors de la conception des réformes du système de santé. De plus, les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ soulèvent plus fréquemment la nécessité d'un **accès plus facile aux services de santé mentale (38 % contre 27 %)**, d'une **diminution de la discrimination dans les établissements de santé (19 % contre 12 %)** et des **soins tenant davantage compte des différences culturelles (13 % contre 9 %)**.

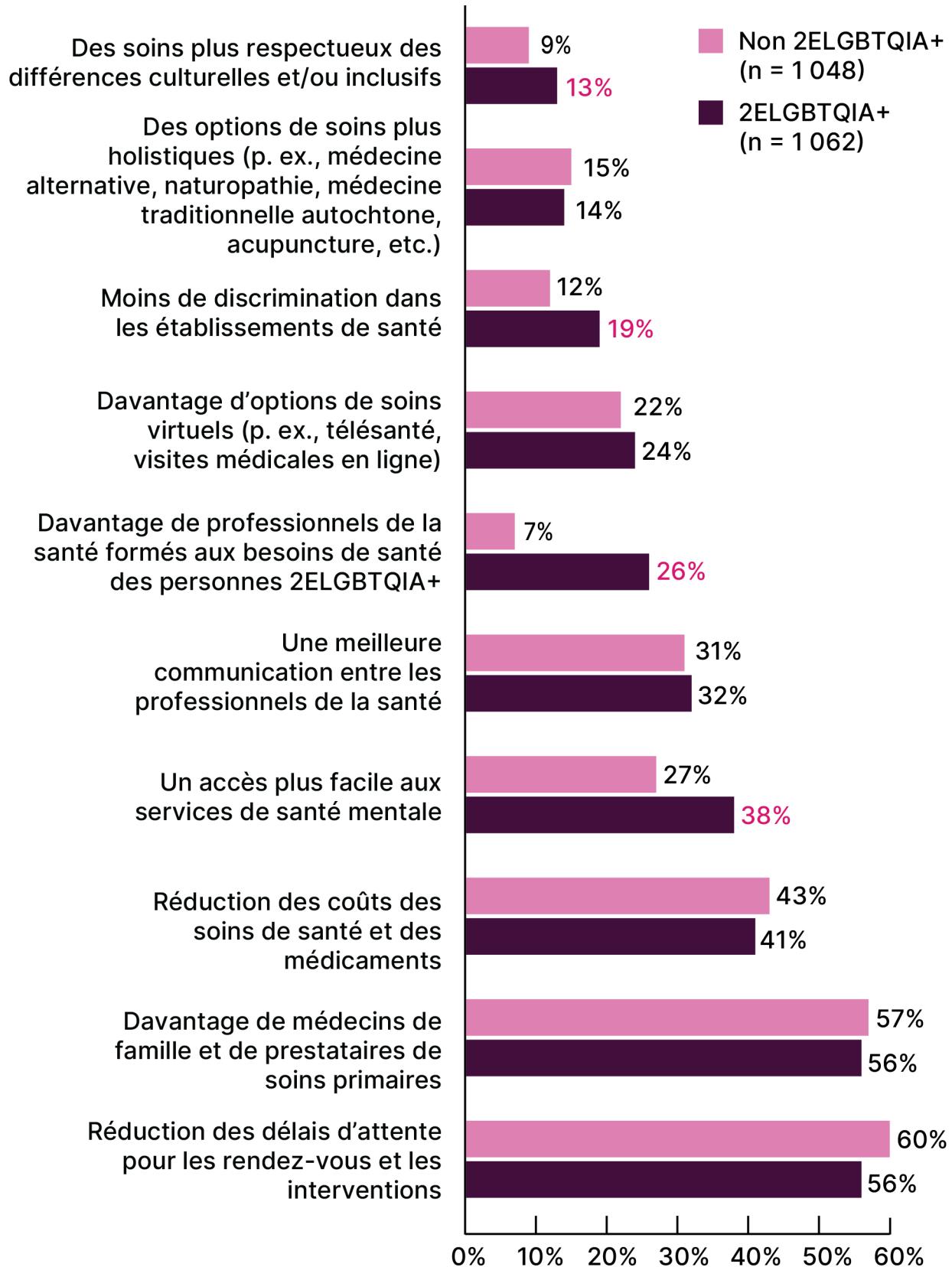


Figure 42: Principales réponses choisies par les personnes 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+ concernant l'amélioration de leur expérience au sein du système de santé (%)

Ces constats confirment que, même si de nombreuses améliorations systémiques sont largement soutenues, les personnes 2ELGBTQIA+ continuent de faire face à des défis uniques qui nécessitent des solutions ciblées. Investir dans la **formation spécialisée des prestataires, des environnements cliniques inclusifs et des efforts de lutte contre la discrimination** mènera non seulement à une réduction des risques, mais aussi à un système de santé plus réactif et équitable pour toutes et tous.

5.4 Vision des Parties Intéressées pour un Changement Transformateur

Lors des entretiens qualitatifs, des parties intéressées clés de l'ensemble du système de santé ont exprimé leur vision d'un changement transformateur urgent. Plutôt que de se concentrer uniquement sur la palliation des manques existants, les parties intéressées appellent à une refonte systémique fondée sur l'équité, la sécurité, la confiance et les soins relationnels. Leurs visions soulignent la nécessité de mettre en œuvre des approches de prestation de soins parallèles qui reflètent les réalités vécues et les divers besoins des communautés 2ELGBTQIA+.



1. Une nouvelle vision des soins inclusifs

Les parties intéressées ont uniformément décrit le besoin d'un système de santé qui **affirme l'identité, favorise la confiance et est accessible sans crainte de discrimination, de jugement ou de préjudice**. Des services d'affirmation du genre aux services mobiles de proximité dans les communautés rurales, en passant par des environnements de soins de longue durée plus sûrs pour les personnes âgées 2ELGBTQIA+, leurs revendications s'ancrent dans la conviction que les soins doivent répondre aux besoins des personnes là où elles se trouvent, tant physiquement qu'émotionnellement.



Je pense que l'objectif serait que n'importe qui puisse entrer dans n'importe quel espace, et ne pas avoir à se soucier d'être discriminé... ce devrait automatiquement être un espace sûr pour cette personne.

– Étudiant(e) en Médecine, Quebec



2. Investissement soutenu dans des solutions communautaires

Les parties intéressées sont parvenues à un consensus sur l'importance d'**initiatives entièrement financées et menées par la communauté**, y compris des **services de santé mentale, de l'accompagnement par des pairs, du soutien au logement et des soins de rétablissement**. Elles ont exprimé leur inquiétude quant au fait que de nombreux soutiens essentiels sont actuellement maintenus par des subventions à court terme et du travail bénévole, et soulignent que des investissements provinciaux et fédéraux soutenus sont nécessaires pour garantir l'impact à long terme de ces soutiens.



La représentation au sein des conseils et comités prenant des décisions concernant l'accès des patient(e)s aux soins de santé est importante... il faut que des personnes ayant une expérience vécue participent à ces discussions décisionnelles.

– Pharmacien, Nouvelle-Écosse



3. Transformation éducative

De nombreuses parties intéressées voient une **réforme de l'éducation** comme essentielle à un changement durable. Elles insistent sur l'intégration de la santé des personnes 2ELGBTQIA+ dans les programmes de formation médicale, infirmière et paramédicale, ainsi que sur des **normes d'accréditation et d'éducation** formelles. Elles soulèvent également un besoin accru de professionnel(le)s de la santé trans et non binaires, soulignant que la représentation est essentielle pour garantir des soins respectueux des différences culturelles.



On ne voit pas suffisamment de représentation parmi les diplômés des facultés de médecine et des spécialités médicales... C'est particulièrement vrai pour les personnes trans et non binaires.

– Professeur(e), Ontario



L'un(e) de mes étudiant(e)s a créé une bourse pour les soins aux personnes [2ELGBTQIA+)... il serait peut-être intéressant de développer cette initiative.

– Médecin, Ontario

Les constats de l'enquête corroborent fortement cette demande. **Les personnes interrogées considèrent l'éducation comme un sujet d'intervention crucial pour améliorer la santé des personnes 2ELGBTQIA+, leur satisfaction à l'égard des services de santé et leur expérience vécue.** Les professionnel(le)s de la santé devraient être formés au langage et aux compétences cliniques, mais aussi avoir la confiance nécessaire pour prendre en charge leurs patient(e)s 2ELGBTQIA+ adéquatement. **Concrètement, cela signifie élaborer des normes et des lignes directrices canadiennes claires pour les programmes d'études médicales, et en assurer le suivi par des audits et des réformes de ces programmes.**



4. Des normes fédérales pour les soins afin de renforcer la responsabilisation dans toutes les collectivités

Plusieurs parties intéressées soulignent la nécessité de **normes fédérales pour les soins** afin d'assurer l'uniformité et la responsabilisation à travers l'ensemble des provinces et territoires du Canada. Plutôt que de s'appuyer sur des initiatives fragmentées ou spécifiques à certaines régions, elles plaident pour des stratégies applicables, axées sur l'équité et liées à un financement fédéral. De telles normes nationales permettraient de garantir à toutes les personnes 2ELGBTQIA+, quel que soit leur lieu de résidence, l'accès à des soins de santé sûrs, inclusifs et respectueux de leur identité.



[S']ils pouvaient créer des systèmes... que tous les systèmes de santé du pays doivent suivre... et mettre en place une stratégie... Ce serait vraiment formidable.

– Directeur(trice) de la Santé et du Bien-être Communautaires, Manitoba

Ensemble, ces constats forment une feuille de route claire et concrète pour un système de santé responsable envers toute la diversité des personnes 2ELGBTQIA+ au Canada.

5.5 Résumé des Constats Clés

- **Les personnes 2ELGBTQIA+ interrogées privilégient les soins inclusifs et l'équité,** réclamant l'équité, le soutien institutionnel et la conception de politiques inclusives nettement plus fortement que leurs pairs non 2ELGBTQIA+.
- **Les soins de santé mentale et les soins d'affirmation de genre constituent des manques critiques.** Davantage de personnes 2ELGBTQIA+ cernent des manques dans les services de santé mentale, les soins d'affirmation de genre et les conseils inclusifs en matière de santé sexuelle.
- **Une formation des prestataires de soins en matière de santé 2ELGBTQIA+ est nécessaire de toute urgence.** Plus d'un quart (26 %) des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ privilégient des prestataires de soins davantage formés par comparaison à 7 % des participant(e)s non 2ELGBTQIA+.
- **Les personnes 2ELGBTQIA+ en milieu rural sont confrontées à de multiples obstacles à l'accès.** Les deux groupes signalent des manques au niveau des soins dans les milieux ruraux (~16 %), mais les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ dans les zones rurales signalent des résultats encore pires : plus de discrimination et des taux de refus de soins plus élevés.
- **Les problèmes systémiques touchent tout le monde, mais ils sont ressentis plus intensément par les personnes 2ELGBTQIA+.** Les préoccupations partagées incluent les temps d'attente, la pénurie de personnel soignant et l'accès aux soins.
- **Les personnes non 2ELGBTQIA+ interrogées sont moins susceptibles de considérer les soins inclusifs comme une priorité :** les réponses des participant(e)s non 2ELGBTQIA+ reflètent souvent une indifférence ou une résistance aux approches inclusives pour les personnes 2ELGBTQIA+, révélant non seulement des manques en matière de sensibilisation, mais aussi une homophobie et une transphobie persistantes dans les attitudes en matière de soins de santé.
- **Les parties intéressées appellent à des soins inclusifs grâce au leadership communautaire, à une réforme de l'éducation et aux normes fédérales :** l'investissement à long terme, la réforme de la formation et des normes nationales applicables sont perçues comme essentiels pour garantir des soins sûrs et équitables aux communautés 2ELGBTQIA+.
- **Répondre aux besoins des personnes 2ELGBTQIA+ améliore les soins de santé pour toutes et tous :** les constats confirment que l'amélioration des soins prodigués aux groupes marginalisés profite à l'ensemble du système de santé.

Recommandations pour un Changement Concret



Fort de ses constats tirés de ses recherches quantitatives et qualitatives, le présent rapport rose 2025 sur la santé se conclut par une liste de pistes concrètes pour lutter contre les iniquités systémiques en matière de santé auxquelles sont confrontées les communautés 2ELGBTQIA+ au Canada. Ces recommandations visent à informer et à donner les moyens d'agir aux professionnel(le)s de la santé, aux prestataires de services, aux organisateur(trice)s communautaires, aux chercheur(euse)s et aux décideur(euse)s politiques qui œuvreront à la mise en place d'un système de santé plus efficace et plus équitable.

1

Auditer et réformer le programme des études médicales en intégrant les compétences en santé des personnes 2ELGBTQIA+ à tous les niveaux de formation

Establishing a more supportive environment for 2SLGBTQIA+ communities at the individual and institutional level can advance change. This begins with a comprehensive audit and reform of healthcare education through the efforts of researchers, educators, and healthcare providers in partnership with 2SLGBTQIA+ communities and organizations. Reviewing existing curricula can identify gaps, which co-developed, inclusive, and evidence-based training can address. The data identifies gender diversity, anti-oppressive clinical practices, trauma-informed care, and the impacts of systemic discrimination on health outcomes as core competencies necessary for effective healthcare provider training. Curriculums addressing these competencies can thus improve medical, nursing, allied health, and public health education by being embedded into both pre-licensure and continuing professional development requirements. Only when healthcare spaces are genuinely safe and affirming for 2SLGBTQIA+ patients can trust be rebuilt in systems that have historically caused them harm.

2

Développer et renforcer le personnel de santé mentale en mettant l'accent sur les compétences et l'accessibilité pour les personnes 2ELGBTQIA+

Si les professionnel(le)s de la santé et les décideur(euse)s politiques à tous les niveaux travaillent ensemble, ils peuvent renforcer et élargir l'accès du public aux services de santé

3

mentale tout en privilégiant des soins inclusifs qui tiennent compte des différences culturelles. Le Canada fait face à une pénurie bien documentée de professionnel(le)s de la santé mentale, un manque qui touche de manière disproportionnée les communautés 2ELGBTQIA+, comme le montrent les données du présent rapport rose 2025 sur la santé. Soulignons qu'afin de faire en sorte que les soins de santé mentale au Canada évoluent vraiment, les professionnel(le)s de la santé mentale doivent recevoir une formation obligatoire et fondée sur des données probantes en matière de compétences culturelles et de soins tenant compte des traumatismes des personnes 2ELGBTQIA+. Les programmes de santé mentale financés par l'État et adaptés aux besoins des personnes 2ELGBTQIA+, y compris celles nécessitant des soins d'affirmation de genre, peuvent réduire la dépendance à l'égard de services privés coûteux et inaccessibles.

Recueillir systématiquement des données précises et inclusives sur le sexe et le genre au sein des systèmes de santé

Les prestataires de santé et les organisateur(trice)s communautaires jouent un rôle essentiel pour garantir que la collecte de données est respectueuse et inclusive, et que les données recueillies sont utilisées de manière pertinente pour plaider en faveur de la réforme de politiques et de programmes. Afin d'améliorer les résultats et de repérer de façon précoce les patients à risque, des pratiques uniformes et normalisées de collecte de données sur le sexe et le genre, au-delà des classifications binaires, doivent être mises en place à travers les systèmes de santé du Canada dans les systèmes de santé du Canada. Une collecte précise et sensible de ces informations accélère la détection de populations vulnérables à des résultats défavorables, notamment celles sensibles aux problèmes financiers toxiques (le fardeau économique ou la détresse causés par les frais de santé à la charge du patient). Une collecte de données rigoureuse est essentielle pour orienter les soins cliniques, soutenir la recherche et traiter les inégalités en matière d'accès, d'adhésion thérapeutique et de résultats de santé à long terme des communautés 2ELGBTQIA+.

4

Élaborer et mettre en œuvre des programmes inclusifs de dépistage du cancer et de prévention des maladies chroniques pour les personnes 2ELGBTQIA+ dans chaque province

En donnant la priorité au développement et à la mise en œuvre de programmes inclusifs de dépistage du cancer et de prévention des maladies chroniques adaptés aux diverses identités au sein des communautés 2ELGBTQIA+, nous nous assurerons de la détection et du traitement précoces des maladies. Des professionnel(le)s de la santé, des prestataires de services et des organisateur(trice)s communautaires compétent(e)s peuvent contribuer à l’élaboration de tels programmes afin de garantir à la fois qu’ils soient fondés sur des données probantes et qu’ils tiennent compte des différences culturelles. Les campagnes de promotion d’une santé équitable commencent par la reconnaissance des déterminants sociaux qui touchent tout particulièrement les personnes 2ELGBTQIA+, comme la discrimination, l’exclusion sociale et l’évitement des services de santé.

5

Il est nécessaire, au niveau fédéral, de réaliser une analyse environnementale exhaustive des services existants qui soutiennent les soins de santé apportés aux personnes 2ELGBTQIA+

Ensemble, les chercheur(euse)s et les partenaires universitaires peuvent mener une analyse approfondie des services existants qui soutiennent les soins de santé apportés aux personnes 2ELGBTQIA+ afin de cerner les capacités cliniques, les manques dans les services fournis et les disparités régionales, tout en mettant en lumière les provinces et les territoires qui font preuve de leadership en matière de soins inclusifs. De telles données peuvent (tout comme l’a fait la présente étude du côté des patients) établir un point de référence essentiel servant à mesurer les progrès futurs et à cerner les domaines où des investissements supplémentaires, la formation des prestataires de soins et le développement des infrastructures sont les plus urgents. Ces constats peuvent orienter une planification équitable du système de santé et des décisions politiques fondées sur des données probantes qui reflètent les besoins de la communauté.

6

Améliorer l'accès à des soins de santé adaptés dans les petites communautés rurales et isolées

Les prestataires de services, les organisateur(trice)s communautaires et les décideur(euse)s politiques ont la possibilité d'améliorer l'accès aux soins de santé dans les régions mal desservies à travers des incitatifs ciblés comme le soutien à la relocalisation, des allocations de logement ou des subventions à l'établissement de cabinets médicaux. Un financement soutenant le développement de cliniques communautaires, à la fois sous forme présente et virtuelle, garantira que l'emplacement géographique ne détermine pas la sécurité ou la qualité des soins, comblant ainsi l'un des manques les plus évidents soulevés par la présente étude.

7

Rendre les établissements de santé plus sûrs et plus inclusifs en donnant la priorité au leadership et à l'expérience vécue au sein des communautés 2ELGBTQIA+

En collaborant avec des chercheur(euse)s et des membres de la communauté 2ELGBTQIA+ bien informé(e)s, les partenaires de recherche fédéraux et provinciaux peuvent promouvoir des compétences médicales qui résistent aux préjugés, reflètent l'expérience vécue et respectent la pleine diversité des identités des personnes 2ELGBTQIA+. Cela comprend un engagement significatif auprès des groupes qui, selon cette étude, demeurent particulièrement mal desservis par le système de santé canadien, notamment les personnes bispirituelles, trans, ayant une diversité de genre, asexuelles, intersexes, noires, autochtones, racialisées, à faible revenu ou vivant dans des régions rurales et éloignées. À l'échelle institutionnelle, la création d'espaces plus sûrs dépend du recrutement et de la formation de personnes occupant des rôles de soutien spécifiques, tels que des pairs aidants, des défenseur(e)s des droits des patients ou des responsables de l'équité. Ces rôles sont essentiels pour réduire le fardeau émotionnel de la défense de ses propres intérêts, en particulier en cas de maladie ou de détresse, et sont essentiels pour rétablir la confiance en un système de santé qui a trop souvent marginalisé les personnes 2ELGBTQIA+ ou leur a nui.

Annexe A : Bibliographie

- Allan, B., & Smylie, J. (2015). First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. The Wellesley Institute (2015). Retrieved April 24 from <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*, 110, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
- Berrian, K., Exsted, M. D., Lampe, N. M., Pease, S. L., & Akré, E. L. (2025). Barriers to quality healthcare among transgender and gender nonconforming adults. *Health Serv Res*, 60(1), e14362. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14362>
- Bond, S. M., Fouche, T., Smith, J. R., & Garza, R. M. (2022). Review of Health Insurance Policy Inclusivity of Gender Nonconforming and Nonbinary Individuals Seeking Gender-Affirming Health Care. *Transgender Health*, 7(6), 484-496. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0146>
- Casey, B. (2019). The health of LGBTQIA2 communities in Canada. Report of the standing committee on health - 42nd parliament, 1st session. House of Commons. Retrieved May 5 from <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10574595/hesarp28/hesarp28-e.pdf>
- Charron, M., Saulnier, K. M., Palmour, N., Gallois, H., & Joly, Y. (2022). Intersex Stigma and Discrimination: Effects on Patient-Centred Care and Medical Communication. *Can. J. Bioeth* 5, 16-25. <https://doi.org/10.7202/1089782ar>
- CIHR. (2022). Canadian Institutes of Health Research. Gender-Based Analysis Plus (GBA+) at CIHR: Government of Canada. Retrieved April 18 from <https://cihr-irsc.gc.ca/e/50968.html>
- Comeau, D., Johnson, C., & Bouhamdani, N. (2023). Review of current 2SLGBTQIA+ inequities in the Canadian health care system. *Front. Public Health*, 11, 1183284. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1183284>
- D'Angelo, A. B., Dearolf, M., Restar, A., Tsui, E. K., Zewde, N., & Grov, C. (2025). Navigating payment and policy barriers to gender-affirming care for transmasculine individuals: A qualitative study and policy assessment. *Soc Sci Med*, 366, 117666. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117666>
- Eckstrand, K. L., Eliason, J., St. Cloud, T., & Potter, J. (2016). The Priority of Intersectionality in Academic Medicine. *Acad Med*, 91(7), 904-907. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001231>

- Flaubert, J. L., Le Menestrel, S., Williams, D. R., Wakefield, M. K. (2021). Future of Nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity. In. National Academies Press (US). [0.17226/25982](#)
- Gadsden, T., Hallam, L., Carcel, C., Norton, R., Woodward, M., Chappell, L., & Downey, L. E. (2024). Theory of change for addressing sex and gender bias, invisibility and exclusion in Australian health and medical research, policy and practice. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01173-z>
- Gahagan, J., & Subirana-Malaret, M. (2018). Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. *Int J Equity Health*, 17(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0786-0>
- Gayhart, S. (2025). Barriers and Solutions to Cancer Screening in Gender Minority Populations. *Clin J Oncol Nurs*, 29(2), 180-183. <https://doi.org/10.1188/25.cjon.180-183>
- Geller, S. E., Koch, A. R., Roesch, P., Filut, A., Hallgren, E., & Carnes, M. (2018). The More Things Change, the More They Stay the Same: A Study to Evaluate Compliance With Inclusion and Assessment of Women and Minorities in Randomized Controlled Trials. *Acad Med*, 93(4), 630-635. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002027>
- Georgiades, K. (2021). Expanding the evidence for population mental health in Canada: a call to action for evidence-informed policy and practice. In *Health Promot Chronic Dis Prev Can* (Vol. 41, pp. 321-324). <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.01>
- Government of Canada - Social determinants of health and health inequalities. (2024). Retrieved April 26 from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>
- Government of Canada invests \$2.8 million to support 2SLGBTQI+ mental health. (2023). Retrieved May 10 from <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2023/05/government-of-canada-invests-28-million-to-support-2slgbtqi-mental-health.html>
- Hallam, L., Vassallo, A., Hallam, C., Thompson, K., Shanthosh, J., Chappell, L., . . . Carcel, C. (2023). Sex and gender reporting in Australian health and medical research publications. *Aust N Z J Public Health*, 47(1), 100005. <https://doi.org/10.1016/j.anzph.2022.100005>
- HealthCanada. (2023). Health portfolio sex- and gender-based analysis plus policy: advancing equity, diversity and inclusion -Government of Canada. Retrieved April 18 from <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/heath-portfolio-sex-gender-based-analysis-policy.html>
- Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., & Curno, M. (2016). Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev*, 1, 2. <https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>

Hsieh, N., & Ruther, M. (2016). Sexual Minority Health and Health Risk Factors: Intersection Effects of Gender, Race, and Sexual Identity. *Am J Prev Med*, 50(6), 746-755. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.11.016>

It gets better Canada: YouthVoicesWillPrevail. (2023). Retrieved May 10 from <https://itgetsbettercanada.org/2023/11/24/youth-voices-will-prevail-statement/>

Johnson, J. L., Greaves, L., & Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *Int J Equity Health*, 8, 14. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-14>

Kamal, K., Keuroghlian, A. S., & Potter, J. (2023). Promoting Sexual and Gender Minority Health Clinical Skills Training for All Medical Students. *Acad Med*, 98(9), 987-993. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000005240>

Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM Popul Health*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>

Lowik, A. J., Parkyn, J., Wiesenthal, E., Hubinette, M., & Wiedmeyer, M. L. (2024). A Curricular Audit Method: Addressing the Erasure of Intersex, Trans and Two-Spirit People and the Imprecise Use of Gender and Sex Concepts in Undergraduate Medical Education. *Teach Learn Med*, 36(3), 280-292. <https://doi.org/10.1080/10401334.2023.2226651>

Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., & Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ*, 96(9), 644-653. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.211607>

Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P. J., Brinton, R. D., Carrero, J.-J., DeMeo, D. L., . . . Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396(10250), 565-582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0)

Merone, L., Tsey, K., Russell, D., & Nagle, C. (2022). Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature. *Womens Health Rep (New Rochelle)*, 3(1), 49-59. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0083>

Moe, J. L., Finnerty, P., Sparkman, N., & Yates, C. (2015). Initial Assessment and Screening with LGBTQ Clients: A Critical Perspective. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(1), 36-56. <https://doi.org/10.1080/15538605.2014.997332>

National Academies of Sciences, E. a. M., Division of Behavioral and Social Sciences and, E., Committee on, P., & Committee on Understanding the Well-Being of Sexual and Gender Diverse, P. (2020). The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In J. White, M. J. Sepúlveda, & C. J. Patterson (Eds.), *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. National Academies Press (US) Copyright 2020 by the National Academy of Sciences. All rights reserved. <https://doi.org/10.17226/25877>

Our Impact: Egale Canada. (2024). Retrieved May 10 from <https://egale.ca/about/impact/>

OUTSaskatoon. (2020). Two Spirit. Retrieved June 14 from <https://www.outsaskatoon.ca/resource-library/two-spirit/>

Peters, S. A. E., Babor, T. F., Norton, R. N., Clayton, J. A., Ovseiko, P. V., Tannenbaum, C., & Heidari, S. (2021). Fifth anniversary of the Sex And Gender Equity in Research (SAGER) guidelines: taking stock and looking ahead. In BMJ Glob Health (Vol. 6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007853>

PHAC. (2018). Key Health Inequalities in Canada - A national portrait. Retrieved April 26 from <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-executive-summary-eng.pdf>

Ragosta, S., Berry, J., Mahanaimy, M., Fix, L., Gomez, A. M., Obedin-Maliver, J., & Moseson, H. (2023). Community-generated solutions to cancer inequity: recommendations from transgender, non-binary and intersex people on improving cancer screening and care. BMJ Oncol, 2(1). <https://doi.org/10.1136/bmjonc-2022-000014>

Rebekah, M., Ilaria, G., Sonja, T., Ashley, S., Kent, B., & Sarah, H. (2021). The gender and geography of publishing: a review of sex/gender reporting and author representation in leading general medical and global health journals. BMJ Global Health, 6(5), e005672. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005672>

Robinson, M. (2017). Two-Spirit and Bisexual People: Different Umbrella, Same Rain. Journal of Bisexuality, 17(1), 7-29. <https://doi.org/10.1080/15299716.2016.1261266>

Rolfe, S., Garnham, L., Godwin, J., Anderson, I., Seaman, P., & Donaldson, C. (2020). Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework. BMC Public Health, 20(1), 1138. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09224-0>

Scheim, A. I., Coleman, T., Lachowsky, N., & Bauer, G. R. (2021). Health care access among transgender and nonbinary people in Canada, 2019: a cross-sectional survey. CMAJ Open, 9(4), E1213-E1222. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210061>

Schreiber, M., Ahmad, T., Scott, M., Imrie, K., & Razack, S. (2021). The case for a Canadian standard for 2SLGBTQIA+ medical education. CMAJ, 193(16), E562-E565. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202642>

Shannon, G., Jansen, M., Williams, K., Cáceres, C., Motta, A., Odhiambo, A., . . . Mannell, J. (2019). Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? The Lancet, 393(10171), 560-569. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33135-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33135-0)

StatCan. (2024). Sexual orientation of person. Retrieved July 24 from <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=1223774>

- Stranges, T. N., Namchuk, A. B., Splinter, T. F. L., Moore, K. N., & Galea, L. A. M. (2023). Are we moving the dial? Canadian health research funding trends for women's health, 2S/LGBTQ + health, sex, or gender considerations. *Biology of Sex Differences*, 14(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13293-023-00524-9>
- Subramaniapillai, S., Galea, L. A. M., Einstein, G., & de Lange, A.-M. G. (2024). Sex and gender in health research: Intersectionality matters. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 72, 101104. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2023.101104>
- Sumerau, J. E. (2020). A Tale of Three Spectrums: Deviating from Normative Treatments of Sex and Gender. *Deviant Behavior*, 41(7), 893-904. <https://doi.org/10.1080/01639625.2020.1735030>
- Veenstra, G. (2011). Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *Int J Equity Health*, 10, 3. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-3>
- WHO. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 2(2), 153-159.
- WHO. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Zumwalt, A. C., Carter, E. E., Gell-Levey, I. M., Mulkey, N., Streed, C. G., Jr., & Siegel, J. (2022). A Novel Curriculum Assessment Tool, Based on AAMC Competencies, to Improve Medical Education About Sexual and Gender Minority Populations. *Acad Med*, 97(4), 524-528. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000004203>

Annexe B : Méthodologie

Les recherches pour le rapport rose 2025 sur la santé ont été menées par Environics Research entre mars et avril 2025 en deux étapes:

- Une enquête de 20 minutes remplie par des personnes vivant au Canada qui s'identifient comme 2ELGBTQIA+ et par des personnes qui ne s'identifient pas comme 2ELGBTQIA+
- Des entretiens avec des parties intéressées ont été menés afin d'enrichir les constats de l'enquête

Les données qualitatives recueillies grâce aux questions ouvertes de l'enquête et aux entretiens avec des parties intéressées approfondissent, nuancent et recontextualisent nos constats quantitatifs. Les citations des personnes participantes ont été adaptées à des fins de clarté et de concision, puis traduites librement en français.

Méthodologie d'enquête

Conception du Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré conjointement par Environics Research et les auteur(e)s et consultant(e)s du rapport rose. Il combinait des questions standardisées et personnalisées pour évaluer les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé, l'accès aux soins, l'expérience liée aux soins de santé et les priorités en matière de santé. Il était disponible en anglais et en français. En moyenne, 20 minutes étaient nécessaires pour le remplir.

Environics Research a utilisé **Decipher** pour programmer et tester la précision du questionnaire. Pour enrichir les analyses qualitatives, ils ont intégré **inca** (Inquisitive Natural Conversation Agent), un outil piloté par l'IA qui imite les entretiens individuels en suscitant des réponses ouvertes grâce au traitement du langage naturel. Les participant(e)s ont reçu la politique de confidentialité de l'IA avant de participer à la présente étude.

Le questionnaire a été conçu pour les appareils mobiles et les ordinateurs de bureau. Il a fait l'objet de tests approfondis afin de garantir un langage clair, une logique cohérente et la compatibilité avec les appareils des répondant(e)s.

Conception de l'Échantillon

L'enquête par panel en ligne ciblait les adultes canadiens (18 ans et plus). Elle a été stratifiée par province et territoire ainsi que par âge afin d'assurer une bonne représentation démographique. Des sous-groupes 2ELGBTQIA+ spécifiques, tels que les personnes trans, ont été surreprésentés pour une analyse robuste. Un lien ouvert distribué par Pink Triangle Press a davantage contribué au suréchantillonnage des participant(e)s 2ELGBTQIA+; seuls

celles et ceux qui s'identifiaient comme 2ELGBTQIA+ pouvaient remplir le questionnaire à travers ce lien.

- L'enquête par panel s'est déroulée entre le 19 mars et le 7 avril 2025 ($n = 2\,002$)
- La version à lien ouvert était disponible entre le 24 mars et le 13 avril 2025 ($n = 108$).

Les deux échantillons étaient non probabilistes, donc aucune marge d'erreur n'est indiquée. En tout, **1 062 personnes 2ELGBTQIA+** et **1 048 personnes non 2ELGBTQIA+** ont rempli le questionnaire.

Procédures d'Assurance Qualité des Données

Des mesures d'assurance qualité rigoureuses ont été appliquées lors du nettoyage des données afin d'éliminer les éléments suivants:

- **Doublons** : détection et suppression des réponses en double grâce à un processus de vérification en deux étapes.
- **Personnes choisissant la même réponse à répétition** : les questionnaires des répondant(e)s ayant sélectionné la même réponse pour $\geq 30\%$ des questions de la grille ont été signalés pour éventuellement être retirés après un examen plus approfondi.
- **Répondant(e)s trop rapides** : les questionnaires remplis beaucoup plus rapidement que la vitesse de remplissage médiane suggéraient un manque d'attention. Ils ont été évalués et retirés au besoin.
- **Réponses libres de mauvaise qualité** : certaines réponses incohérentes, hors sujet, vulgaires ou répétitives ont été supprimées.
- **Réponses par « Je ne sais pas »** : les questionnaires des répondant(e)s ayant sélectionné « Je ne sais pas » pour $\geq 50\%$ des questions ont été supprimés.
- **Questionnaires incomplets** : les questionnaires incomplets ont été évalués afin de déterminer la valeur des données qu'ils contiennent. Si suffisamment de réponses étaient exploitables (p. ex., avant l'abandon), ces questionnaires pourraient avoir été conservés; sinon, ils ont été exclus, notamment si des données démographiques étaient manquantes.

Analyse et Rapports

Les données de l'enquête ont été analysées à l'aide de WinCross pour générer des tableaux récapitulatifs et explorer les différences entre les groupes, y compris les comparaisons entre les participant(e)s 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+.

Après avoir pris connaissance des données d'Environics Research, les chercheurs et chercheuses du rapport rose 2025 ont formulé des recommandations sur la manière de coder et d'analyser les données en fonction des meilleures pratiques en sciences de la santé et médicales. Ces recommandations comprenaient : (i) la segmentation et la présentation des données pour chaque groupe identitaire pris individuellement afin d'éviter de masquer

ou d'effacer les disparités entre les sous-populations; (ii) l'attribution de notes aux questions avec échelle de Likert selon une méthode standardisée (+1 pour les réponses favorables, 0 pour les réponses neutres et -1 pour les réponses défavorables) afin de mieux quantifier les disparités entre les cohortes 2ELGBTQIA+ et non 2ELGBTQIA+; (iii) des conseils sur une représentation graphique claire et cohérente des résultats afin d'améliorer la transparence et la comparabilité des données; et (iv) l'analyse intersectionnelle des données pour examiner les effets cumulatifs de la géographie, du revenu, du niveau d'éducation, ainsi que d'autres axes d'iniquités structurelles et systémiques.

Pour certaines questions, les répondant(e)s ont évalué leur degré d'accord par l'entremise d'une échelle de Likert à 5 points (de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord »). Les réponses ont été codées/notées comme suit : +1 pour favorable (d'accord/tout à fait d'accord), 0 pour neutre (ni d'accord ni en désaccord) et -1 pour défavorable (pas d'accord/pas du tout d'accord). Les résultats nets ont été calculés pour chaque groupe identitaire, puis exprimés en pourcentage du résultat total global des personnes 2ELGBTQIA+, permettant des comparaisons significatives entre les identités.

Méthodologie des Entretiens Qualitatifs

Environics Research a mené 16 entretiens individuels virtuels entre le 27 mars et le 7 mai 2025. Ces entretiens ont été menés auprès de parties intéressées venant de partout au Canada afin d'obtenir un aperçu plus approfondi des disparités actuelles en matière de santé qui touchent les communautés 2ELGBTQIA+ et de mieux comprendre les défis perçus au sein du système de santé, notamment les manques en matière d'accès et de qualité des soins ainsi que les obstacles systémiques.

Conception du Guide de Discussion

Le guide d'entretien a été conçu par les auteur(e)s et consultant(e)s d'Environics Research et du rapport rose. Il intégrait des questions ouvertes avec des relances permettant une conversation entre le modérateur/la modératrice et les participant(e)s.

Identification des Parties Intéressées

Pink Triangle Press a fourni à Environics Research une liste de parties intéressées ayant consenti à être contactées à des fins de recherche. Cette liste a été complétée par Environics Research. Les participant(e)s potentiel(le)s ont reçu des invitations individuelles à participer. Les participant(e)s n'ont reçu aucune mesure incitative pour leur participation. Tous les entretiens ont été enregistrés en vidéo et en audio pour être utilisés ultérieurement par l'équipe de recherche. Lors du processus de recrutement et lors de l'inscription à la session, il a été demandé aux participant(e)s de consentir à être enregistré(e)s, et des garanties de confidentialité leur ont été offertes.

Composition des Parties Intéressées

Les personnes interrogées comprenaient des dirigeant(e)s du secteur de la santé, des étudiant(e)s en médecine, des chercheur(euse)s et des professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s dans la santé des personnes 2ELGBTQIA+, ainsi que des parties intéressées autochtones. Ces parties intéressées étaient situées en Ontario, au Québec, en Saskatchewan, en Alberta, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Colombie-Britannique.

Animation

Tous les entretiens ont été menés en anglais par Environics Research via Zoom ou Microsoft Teams, selon les préférences des personnes interrogées. Chaque entretien a duré environ 30 minutes. Les entretiens ont été enregistrés à des fins de recherche conformément aux normes professionnelles et à la législation gouvernementale applicable (p. ex., LPRPDE).

Analyse et Rapports

Les entretiens enregistrés ont été transcrits à l'aide de Sonix, qui applique des algorithmes de conversion de la parole en texte pour convertir les fichiers audio. Le personnel d'Environics Research a vérifié l'exactitude des transcriptions et a anonymisé toutes les informations permettant d'identifier les personnes.

L'analyse et les rapports ont été réalisés à l'aide d'une analyse thématique. Cette approche a permis une compréhension systématique et nuancée des réponses des participant(e)s.

Caractéristiques Sociodémographiques Supplémentaires de l'Échantillon d'Étude

Répartition par Âge

Les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ étaient en moyenne plus jeunes que leurs homologues cisgenres et hétérosexuel(le)s, 33 % d'entre eux ayant de 18 à 34 ans par rapport à 23 % parmi les participant(e)s non 2ELGBTQIA+. À l'inverse, seuls 12 % des personnes 2ELGBTQIA+ avaient 65 ans ou plus, contre 19 % dans le groupe non 2ELGBTQIA+.

Âge	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
18-24	10%	5%
25-34	23%	18%
35-44	25%	25%
45-54	14%	15%
55-64	15%	17%
65+	12%	19%

Origine Ethnoraciale

Il y avait une plus grande représentation des personnes autochtones (4 % contre 2 %) et noires (8 % contre 7 %) au sein du groupe 2ELGBTQIA+ par rapport au groupe non 2ELGBTQIA. Les deux groupes avaient des proportions semblables de répondant(e)s blanc(he)s (69 % 2ELGBTQIA+, 70 % non 2ELGBTQIA+). Les personnes s'identifiant comme personnes de couleur ou d'origine mixte étaient réparties de manière assez homogène entre les groupes.

Contexte	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
Autochtones [Premières Nations, Métis(ses), Inuit(e)s]	4%	2%
Noir(e)s	8%	7%
Personnes de couleur	8%	10%
Blanc(he)s	69%	70%
Origine mixte	5%	2%

Cadre de Vie

La majorité des répondant(e)s des deux groupes vivent dans de grands centres urbains (61 % 2ELGBTQIA+, 58 % non 2ELGBTQIA+). La répartition dans les zones rurales et les zones à population faible et moyenne est également comparable entre les groupes.

Cadre de vie	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
Dans une réserve	1%	1%
Environnement rural (moins de 1 000 habitants)	7%	9%
Petit centre de population (entre 1 000 et 29 999 habitants)	13%	13%
Centre de population moyen (entre 30 000 et 99 999 habitants)	18%	19%
Grand centre de population urbain (100 000 habitants et plus)	61%	58%

Statut d'immigrant

Une proportion légèrement plus élevée des personnes 2ELGBTQIA+ sont nées au Canada (78 % contre 74 %). Les taux de naturalisation, de résidence permanente et de statut de visa temporaire sont relativement constants entre les deux populations.

Statut d'immigration	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
Né(e) au Canada	78%	74%
Canadien(ne) naturalisé(e)	11%	13%
Résident(e) permanent(e)	7%	8%
Statut de réfugié(e)	1%	-
Visa d'étudiant(e) ou de travail	2%	3%

Niveaux de Revenus

Les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ étaient plus susceptibles de déclarer des revenus annuels du ménage plus faibles. 26 % ont déclaré gagner moins de 40 000 \$, contre 20 % des répondant(e)s non 2ELGBTQIA+. Seuls 19 % des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ ont déclaré des revenus de 120 000 \$ ou plus, contre 22 % des répondant(e)s non 2ELGBTQIA+.

Niveau de revenu	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
Moins de 39 999 \$	26%	20%
40 000 \$ à 79 999 \$	31%	31%
80 000 \$ à 119 999 \$	19%	21%
120 000 \$ à 159 999 \$	10%	12%
160 000 \$ à 199 999 \$	4%	6%
200 000 \$ ou plus	5%	4%

Niveau d'Éducation

Le niveau d'éducation est globalement similaire entre les deux groupes. Cependant, une proportion légèrement plus élevée des répondant(e)s 2ELGBTQIA+ ont fait des études universitaires sans obtenir de diplôme (11 % contre 6 %). De plus, un peu moins d'individus 2ELGBTQIA+ détiennent un diplôme universitaire (26 % contre 31 %).

Niveau d'éducation	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
Niveau inférieur aux études secondaires	1%	1%
Études de niveau secondaire partielles	4%	4%
Diplômé(e) du secondaire ou équivalent	16%	19%
Collège technique, collège communautaire ou cégep	21%	23%
Études universitaires, mais sans diplôme	11%	6%
Diplôme universitaire	26%	31%
Études universitaires supérieures, mais sans diplôme	5%	3%
Diplôme d'études universitaires supérieures	12%	11%

Statut d'Emploi

Les tendances en matière d'emploi ont également mis en évidence des différences entre les groupes. Les répondant(e)s 2ELGBTQIA+ étaient moins susceptibles d'être employé(e)s à temps plein (44 % contre 48 %) et plus susceptibles d'être travailleur(euse)s indépendant(e)s (10 % contre 7 %). Une proportion plus élevée de personnes 2ELGBTQIA+ était sans emploi et à la recherche d'un travail (9 % contre 7 %) par rapport aux personnes non 2ELGBTQIA+, qui étaient plus susceptibles de déclarer être sans emploi et **pas** à la recherche d'un emploi (16 % contre 11 % des répondant(e)s 2ELGBTQIA+).

Statut d'emploi	2ELGBTQIA+ (n = 1 062)	Non 2ELGBTQIA+ (n = 1 048)
Travailleur(euse) indépendant(e)	10%	7%
Employé(e) à temps complet	44%	48%
Employé(e) à temps partiel	11%	10%
Sans emploi, mais à la recherche d'un travail	9%	7%
Sans emploi et ne cherchant pas de travail	11%	16%

Annexe C : Glossaire

2ELGBTQIA+ : le sigle 2ELGBTQIA+ signifie **2 Esprits/bispirituel(le) (2E)**, Lesbienne, **Gay**, **Bisexuel(le)**, **Trans**, **Queer**, **Intersexé** et **Asexuel(le)**. Le symbole « + » signifie l'inclusion d'un large éventail d'identités de genre et d'orientations sexuelles ou romantiques, telles que les identités agenre, non binaire, aromantique et pansexuel(le), entre autres. Le placement intentionnel de « deux esprits » au début du sigle souligne la reconnaissance et le respect de longue date de la diversité de genre et sexuelle au sein des communautés autochtones, qui ont été les premières sur ce territoire à honorer de telles identités.

Agenre : le terme « agenre » désigne une personne qui ne s'identifie à aucun genre. Les personnes agenres peuvent se percevoir comme n'ayant aucun genre ou comme étant de genre neutre. Les personnes agenres peuvent également se décrire comme étant sans genre, dépourvues de genre ou n'ayant aucune identité de genre. L'identité agenre est une identité de genre valable au sein du spectre plus large des identités non binaires. Les personnes agenres peuvent utiliser divers pronoms, notamment iel, il, elle, ou d'autres, selon leurs préférences personnelles.

Aromantique : le terme « aromantique » désigne une personne qui éprouve peu ou pas d'attriance romantique envers les autres. Elle ne ressent généralement pas le désir de nouer des relations amoureuses, même si elle peut avoir des liens émotionnels forts, des amitiés ou d'autres formes de relations significatives. L'aromantisme concerne l'attriance romantique et non l'attriance sexuelle. Une personne aromantique peut ressentir de l'attriance sexuelle (p. ex., être hétérosexuelle, homosexuelle, bisexuelle, asexuelle, etc.), ou non. Il existe un spectre de l'aromantisme sur lequel les personnes aromantiques peuvent s'identifier, par exemple, « romantique gris » (elles éprouvent rarement de l'attriance romantique) ou « demiromantique » (elles ne ressentent de l'attriance romantique qu'après avoir formé un lien émotionnel fort). Être aromantique ne signifie pas être insensible ou incapable d'aimer. De nombreuses personnes aromantiques nouent des relations profondes et épanouissantes qui ne sont tout simplement pas de nature romantique.

Asexuel(le) : l'asexualité désigne une personne qui éprouve peu ou pas d'attriance sexuelle envers les autres. Elle ne ressent généralement pas le désir d'avoir des relations sexuelles avec d'autres personnes, même si elle peut nouer des relations amoureuses, émotionnelles ou platoniques. L'asexualité concerne l'attriance sexuelle, elle ne concerne pas l'attriance romantique. Une personne asexuelle peut tout à fait être romantique (p. ex., hétéroromantique, homoromantique, biromantique, aromantique).

Tout comme pour l'aromantisme, il existe un spectre de l'asexualité. Le terme « asexuel gris », par exemple, est utilisé par certaines personnes asexuelles qui ressentent occasionnellement ou rarement une attriance sexuelle. Le terme « demisexuel », quant à lui, est souvent utilisé par des personnes qui ne ressentent d'attrance sexuelle qu'après avoir établi un lien émotionnel fort.

Les personnes asexuelles peuvent ou non avoir des relations sexuelles pour diverses raisons (p. ex., intimité, partenariat ou préférence personnelle). Leur orientation est définie par l'absence d'attrance sexuelle et non par leur comportement.

Bisexuel(le) : souvent abrégé en « bi », ce terme désigne les personnes qui éprouvent une attrance sexuelle ou romantique (biromantique) pour des personnes de plusieurs genres. Le terme « bi » fait généralement référence aux genres similaires et différents du sien. Le terme « bi+ » est souvent utilisé pour inclure d'autres identités, notamment pansexuelles, fluides et queer.

Cisgenre : souvent abrégé par le mot « cis », ce terme désigne une personne dont le genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance (p. ex., homme cisgenre, femme cisgenre). Le préfixe « cis » vient de la préposition latine signifiant « du même côté ». Ce terme est indépendant de l'orientation sexuelle.

Cishet : ce terme désigne les personnes cisgenres et hétérosexuelles. Ce terme n'est pas péjoratif.

Cishétérönormativité : l'attitude culturelle dominante qui présuppose et impose une continuité entre le sexe, le genre et l'orientation sexuelle. Ce terme combine les mots cisméritativité (l'hypothèse selon laquelle tout le monde est ou devrait être cisgenre) et hétérönormativité (l'hypothèse selon laquelle tout le monde est ou devrait être hétérosexuel) pour refléter la causalité socialement imposée entre les deux. La cishétérönormativité inclut l'idée implicite qu'être cisgenre et hétérosexuel est l'identité « par défaut » et que l'ensemble des autres genres et orientations est par conséquent hors norme. En tant que système de priviléges, la cishétérönormativité recoupe le sexism, le racisme, le capacitisme, le classisme et d'autres formes d'oppression systémique.

Compétence culturelle : un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques qui se chevauchent et qui permettent aux professionnel(le)s d'interagir avec compassion et efficacité avec des personnes issues de divers horizons culturels. La compétence culturelle exige une conscience réflexive des différentes valeurs, connaissances et expériences, et requiert que les professionnel(le)s renoncent à leurs suppositions pour solliciter des informations directement auprès des individus.

Déterminants de la santé : l'interaction complexe des facteurs biologiques, comportementaux, sociaux, environnementaux et systémiques qui influencent la santé.

Endosexonormativité : l'endosexonormativité reflète un système de croyances dominant qui présume que tous les individus naissent avec des caractéristiques sexuelles qui s'inscrivent parfaitement dans les catégories binaires homme ou femme. Cette norme marginalise les personnes intersexes, celles dont les caractéristiques sexuelles ne correspondent pas aux définitions binaires conventionnelles. L'endosexonormativité est ancrée dans les systèmes médicaux, les lois, le langage, l'éducation et les interactions quotidiennes, ce qui conduit souvent à :

- L'invisibilisation des personnes intersexes (p. ex., le manque d'inclusion dans les formulaires, la recherche ou les politiques).
- La pathologisation des corps intersexes (p. ex., interventions chirurgicales inutiles ou non consenties visant à « normaliser » les caractéristiques sexuelles).
- L'invisibilité sociale (p. ex., être forcé(e) de s'identifier à des catégories binaires qui ne reflètent pas son corps ni son identité).

Tout comme la cisméritivité, l'endosexonéritivité renforce un cadre binaire rigide du sexe et du genre, contribuant à la marginalisation systémique de celles et ceux qui n'y correspondent pas.

Gay : les personnes qui sont attirées sexuellement ou romantiquement par des personnes du même sexe. Bien que ce terme désigne souvent les hommes attirés par les hommes, les personnes ayant d'autres identités de genre peuvent également l'utiliser pour se décrire.

Expression de genre : la présentation et la communication extérieures du genre à travers toute combinaison de vêtements, de coiffure, de comportements, de langage corporel, de maniéristes, d'intonations, etc. Les pronoms et les prénoms choisis peuvent également être une forme d'expression de genre. Étant donné que le genre est une construction sociale, les interprétations des expressions de genre liées à la féminité, à la masculinité, aux deux, ou à aucune des deux peuvent varier selon les contextes sociaux. L'expression de genre d'une personne ne correspond pas automatiquement à son identité de genre.

Identité de genre : l'expérience individuelle d'une personne vis-à-vis de son propre genre. Le genre est en lui-même un ensemble de rôles, de comportements et d'attributs socialement construits qu'une société donnée attribue au sexe d'une personne. L'identité de genre d'une personne peut être la même (cisgenre) ou différente (transgenre) de son sexe et n'est pas nécessairement la même que son expression de genre. Les personnes qui ne s'identifient à aucun genre ou ne font l'expérience d'aucun genre utilisent souvent le terme « agenre » pour se décrire. L'identité de genre peut évoluer tout au long de la vie d'une personne.

Genre queer : le terme « genre queer » est souvent utilisé comme synonyme de « non binaire », mais il met l'accent sur une résistance aux normes et catégories de genre conventionnelles. Une personne qui s'identifie comme étant de genre queer peut intentionnellement défier ou brouiller les distinctions de genre dans sa façon de s'exprimer ou dans sa façon de vivre son genre. Ce terme est souvent associé à une position politique ou militante sur le genre. Les personnes de genre queer peuvent se sentir à la fois hommes et femmes, ni l'un ni l'autre, ou quelque chose d'entièrement unique.

Inégalités en matière de santé : différences mesurables dans l'état ou les résultats de santé entre les différents groupes de population.

Inéquités en matière de santé : différences dans l'état de santé ou la répartition des ressources sanitaires entre différents groupes, résultant d'injustices sociales et d'une oppression systémique.

Hétérosexuel(le) : souvent abrégé par le mot « hétéro », ce terme désigne soit une femme attirée par les hommes, soit un homme attiré par les femmes.

Homosexuel(le) : en raison de son utilisation historique comme terme clinique pour pathologiser les personnes gays, lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles et queers, ce terme n'est plus couramment utilisé. Voir plutôt Gay et Lesbienne.

Intersex : terme générique désignant les personnes nées avec des caractéristiques sexuelles médicalement associées à la biologie féminine et masculine. Ces caractéristiques comprennent l'anatomie reproductive, les caractères sexuels primaires ou secondaires, les hormones, les chromosomes ou les organes génitaux internes et externes. Le terme « intersex » fait référence au sexe biologique. Il est distinct de l'identité de genre.

Intersectionnalité : inventé par la juriste et militante des droits civiques Kimberlé Crenshaw, ce terme désigne la manière comment de multiples identités sociales se chevauchent et s'influencent mutuellement, produisant des expériences d'oppression distinctes. Il est important de noter que l'intersectionnalité n'est pas une théorie de l'addition. Une femme lesbienne noire ne vit pas le racisme, le sexismme et l'homophobie comme des formes d'oppression distinctes, mais comme des formes d'inégalité superposées qui s'exacerbent mutuellement. Son expérience du racisme sera différente de celle d'un homme noir, et son expérience de l'homophobie sera différente de celle d'une lesbienne blanche. Les efforts considérables visant à démanteler la cishétéronormativité doivent également prendre en compte la manière comment celle-ci s'entrecroise avec le racisme, le sexismme, le capacitisme et d'autres formes d'oppression systémique.

Lesbienne : généralement, les femmes qui éprouvent une attirance romantique et/ou sexuelle pour d'autres femmes. Cependant, la définition ci-dessus repose sur une binarité de genre rigide qui exclut les personnes qui ne s'identifient pas comme des femmes (p. ex., lesbiennes non binaires, lesbiennes au genre fluide). Une définition plus inclusive reconnaît les relations qui sortent des normes binaires de genre. Cette deuxième définition est plus représentative des participant(e)s à notre recherche.

Théorie du stress minoritaire : un cadre qui met en évidence les niveaux de stress disproportionnés vécus par les membres de groupes minoritaires. Le stress minoritaire peut être causé par plusieurs facteurs interdépendants, notamment un faible statut socioéconomique, un manque de soutien social, les préjugés, la stigmatisation et la discrimination. Le stress minoritaire est vécu de manière asymétrique par les individus appartenant à la catégorie 2ELGBTQIA+. Par exemple, les personnes bisexuelles font état de niveaux de bonheur et d'appartenance à la communauté inférieurs à ceux de leurs homologues lesbiennes, gays et hétérosexuel(le)s, en partie à cause de leur expérience de marginalisation de la part des groupes lesbiens/gays et hétérosexuels.

Non binaire : « non binaire » est un terme générique désignant les identités de genre qui ne correspondent pas exclusivement aux catégories homme ou femme. Les personnes non binaires peuvent s'identifier à des aspects de la masculinité ou de la féminité, à un genre totalement différent, voire à aucun genre. Certaines personnes non binaires peuvent également s'identifier comme au genre fluide, bigenre, agenre ou appartenir à d'autres identités spécifiques. Ce terme remet en question la binarité de genre traditionnelle (masculin c. féminin). Les personnes non binaires peuvent utiliser différents pronoms et peuvent ou non entreprendre une transition médicale ou sociale.

Pansexuel(le) : parfois abrégé en « pan », ce terme désigne les personnes qui éprouvent une attirance sexuelle ou romantique (panromantique) pour des personnes de tous les genres ou indépendamment du genre. Bien que la pansexualité soit souvent incluse dans la catégorie bi+, la pansexualité et la bisexualité ont des significations différentes pour différentes personnes. Lorsqu'on parle d'autres personnes, il est important de recourir aux termes qu'elles utilisent pour s'identifier.

Queer : un terme générique qui désigne une grande variété de personnes appartenant à un large éventail d'identités de genre et d'orientations sexuelles. Le terme a été réhabilité et ne devrait être utilisé que par une personne qui s'identifie elle-même cette étiquette ou lorsqu'elle cite une personne qui l'utilise.

En questionnement : terme utilisé pour décrire les personnes engagées dans un processus de découverte ou de détermination de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur expression de genre, ou de toute combinaison de ces éléments. Le questionnement peut désigner une période éphémère dans la vie d'une personne, mais il peut aussi constituer une identité durable à part entière. Il est important de noter que le fait de se poser des questions n'implique pas tant qu'un individu « choisit » une identité particulière, mais plutôt une remise en question des présomptions par défaut imposées par une société cishétéronormative.

Orientation romantique : le schéma d'attirance romantique d'un individu, indépendamment de son orientation sexuelle. Voir aussi **Orientation sexuelle**.

Sexe : également appelé sexe biologique, il s'agit des attributs physiologiques, génétiques ou physiques qui déterminent si une personne est intersexé, ou de sexe féminin ou masculin. Ces attributs comprennent les caractéristiques sexuelles primaires et secondaires, notamment les organes génitaux, les gonades, les taux d'hormones, les récepteurs hormonaux et les chromosomes. Le sexe est souvent confondu à tort avec le genre, qui est un ensemble de rôles, de comportements et d'attributs socialement construits.

Orientation sexuelle : un terme couramment utilisé pour décrire l'expérience d'attirance émotionnelle, sexuelle et/ou romantique d'un individu. Certaines personnes ne ressentent pas d'attirance romantique ou sexuelle (p. ex., aromantiques ou asexuelles). Il est important de noter que les orientations romantiques et sexuelles ne sont pas mutuellement exclusives. Pour certaines personnes, elles sont identiques (p. ex., pansexuelles et panromantiques),

tandis que pour d'autres, elles sont différentes (p. ex., asexuelles et biromantiques). L'activité sexuelle ne définit pas l'orientation sexuelle d'un individu. Pour certaines personnes, l'orientation sexuelle reste la même toute leur vie, tandis que pour d'autres, elle est fluide. Voir aussi **Orientation romantique**.

Déterminants sociaux de la santé : dans le contexte des déterminants de la santé, il s'agit de facteurs socioéconomiques qui influencent de manière significative un large éventail de résultats en matière de santé, de capacités fonctionnelles et de qualité de vie. Ces facteurs incluent le revenu, le niveau d'éducation, l'emploi, l'origine ethnique, le sexe, l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Lorsque ces différences résultent de désavantages systémiques, de discrimination ou de marginalisation, elles deviennent des **iniquités en matière de santé**.

Transgenre : souvent abrégé en « trans », ce terme désigne une personne dont l'identité de genre ne correspond pas nécessairement à son sexe assigné à la naissance. Le préfixe « trans » vient de la préposition latine signifiant « d'un côté différent ». D'autres groupes de personnes qui transcendent les attentes sociales autour de l'identité et de l'expression de genre, y compris les personnes androgynes, ayant une diversité du genre et non binaires, entre autres, peuvent utiliser le terme trans comme terme parapluie, mais ce n'est pas le cas de tous. Il est important de respecter les termes que les personnes utilisent pour se décrire. Le terme trans est indépendant de l'orientation sexuelle.

Bispirituel(le)/Aux deux esprits (2E) : parfois écrit 2E, ce terme générique utilisé par certains peuples autochtones de l'Île de la Tortue (Amérique du Nord) englobe l'identité sexuelle, de genre et/ou spirituelle. Ce terme ne devrait pas être utilisé par les personnes non autochtones et ne devrait servir à décrire une personne autochtone que si celle-ci l'utilise pour se décrire elle-même.

Annexe D : Ressources Complémentaires

Canadian Medical Association: What is LGBTQ+ inclusive health care in Canada and how does it work?

Information et ressources sur la santé et les services 2ELGBTQIA+.

<https://www.cma.ca/healthcare-for-real/what-does-2slgbtqia-inclusive-care-mean-canada#:~:text=The%20LGBTQ%20Healthcare%20Directory:%20A,What%20experts%20are%20saying>

The LGBTQ+ healthcare directory

Base de données gratuite et consultable de médecins, de professionnel(le)s de la santé et de prestataires de soins de santé compétent(e)s et sensibles aux besoins de santé uniques des personnes LGBTQ+ aux États-Unis et au Canada.

<https://lgbtqhealthcaredirectory.org>

Association canadienne des professionnel(le)s de la santé transgenre

<https://cpath.ca/fr/>

Rainbow Health Ontario

<https://www.rainbowhealthontario.ca>

TransCare BC

<https://www.transcarebc.ca>

Qmunity

<https://qmunity.ca>

PrideHealth Nova Scotia

<https://www.nshealth.ca/clinics-programs-and-services/pridehealth>

Rainbow Resource Centre (Manitoba)

<https://rainbowresourcecentre.org>

The 519 (Toronto)

<https://www.the519.org>

Trans Lifeline

<https://translifeline.org>

PFLAG Canada

<https://pflagcanada.ca>

Egale Canada

<https://egale.ca>

It gets better Canada

<https://itgetsbettercanada.org>

LGBT Youthline

<https://www.youthline.ca>

TransPulse Canada

<https://transpulsecanada.ca>

Asexual Visibility and Education Network

La plus grande communauté asexuelle en ligne au monde. Elle fournit également de nombreuses ressources sur l'ASEXUALITÉ.

<https://asexuality.org>

Intersex Campaign for Equality

Une organisation qui promeut les droits de la personne et l'égalité pour toutes les personnes intersexes à travers l'art, l'éducation et des mesures.

<https://www.intersexequality.com>

Xtra Magazine

Xtra est un magazine en ligne et une plateforme communautaire à but non lucratif couvrant les personnes, la culture, la politique, les relations et la santé 2ELGBTQIA+.

<https://xtramagazine.com>