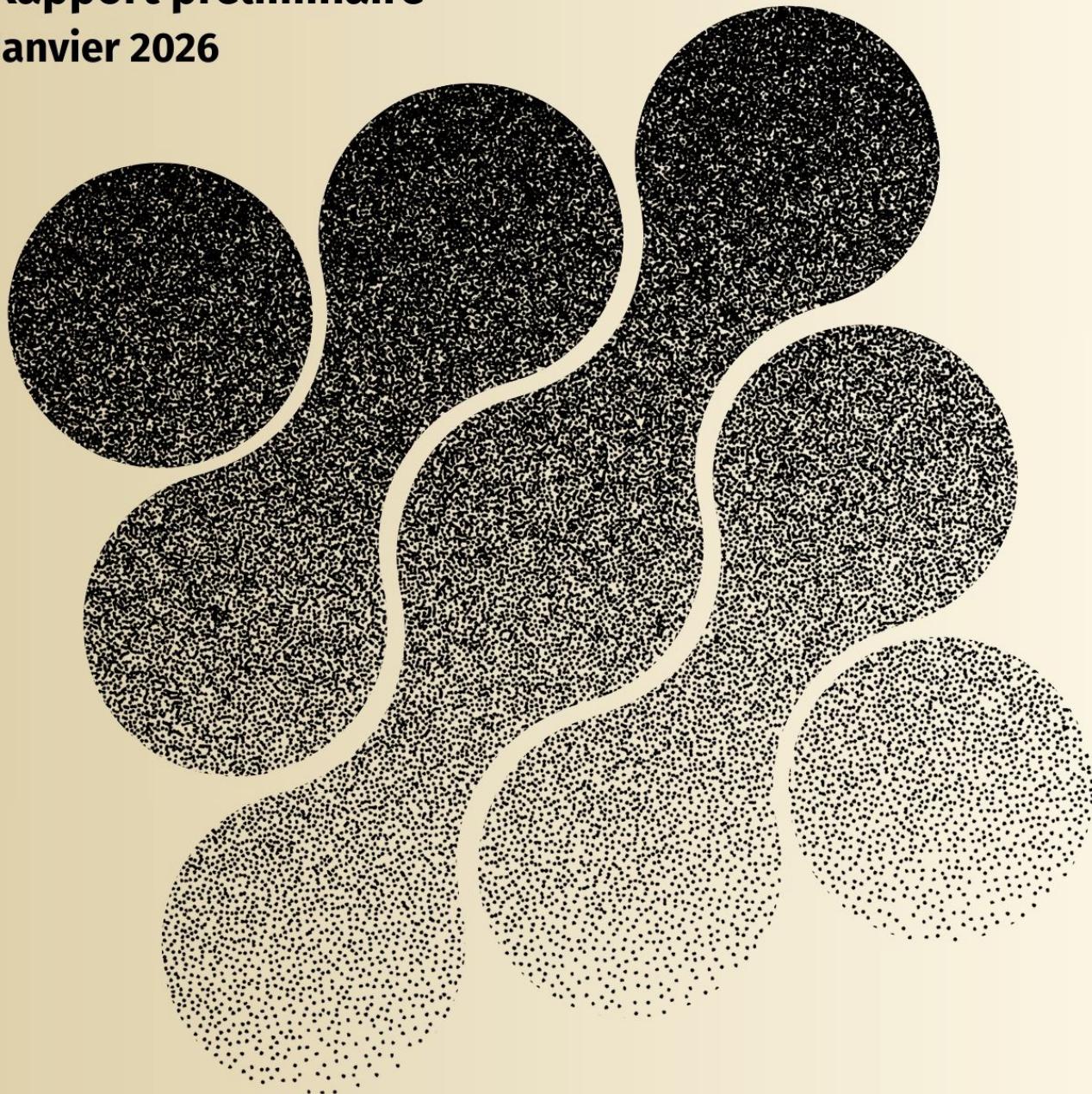


Rapport préliminaire

Janvier 2026



**Mapping des besoins en matière d'adéquation
des interventions et services offerts aux
personnes de la diversité sexuelle et de genre
en Montérégie et à Montréal**

lir3sm

Québec 

UQAT

LABORATOIRE D'INTERVENTION ET
DE RECHERCHE SUR LES SUBSTANCES,
SEXUALITÉS ET SANTÉ MENTALE

Remerciements

Nous tenons à remercier les 47 personnes qui ont pris part à une entrevue qualitative dans le cadre du présent projet. Leurs expériences personnelles et professionnelles ont permis de mettre en lumière les besoins et guideront les améliorations futures.

Les chercheur·ses

Maxime Blanchette (PhD, chercheur principal, UQAT)

Mathieu Goyette (PhD, UQAM)

Jorge Flores-Aranda (PhD, UQAM)

Karine Bertrand (PhD, UdeS)

L'équipe de recherche du projet

Iris Bourgault Bouthillier, coordonnatrice

Maxime Plante

Laurence Vallières

Cynthia Côté

Jonathan Grignon

Citation suggérée

Les propos présentés dans le présent rapport n'engagent que ses auteur·ices.

Plante, M., Bourgault Bouthillier, I., Vallières, L., Côté, C., Grignon, J., et Blanchette, M. (2026). *Rapport préliminaire : Mapping des besoins en matière d'adéquation des interventions et services offerts aux personnes de la diversité sexuelle et de genre en Montérégie et à Montréal* [Rapport de recherche préliminaire]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Les établissements partenaires

CISSS de la Montérégie-Centre

CISSS de la Montérégie-Est

CISSS de la Montérégie-Ouest

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Organismes subventionnaires et contributeurs

Québec 


CR
CLM
CENTRE DE RECHERCHE
CHARLES-LE MOYNE
crclm.ca

Merci au CISSS de la Montérégie-Centre et au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour leur soutien financier à la réalisation de ce projet de recherche. Merci spécialement au Centre de recherche Charles-Le Moyne pour sa contribution au projet par le prêt de locaux et une collaboration inestimable dans la mise en œuvre du projet.

Table des matières

Table des matières.....	ii
Synthèse du rapport préliminaire	1
Contexte	4
Méthodologie.....	6
Résultats et discussion préliminaires	7
Caractéristiques des personnes participantes.....	7
Introduction aux résultats préliminaires.....	8
Formations	9
Communications orales et écrites.....	10
Titres de civilité, prénoms et pronoms	10
Systèmes informatiques, formulaires, requêtes de laboratoire	12
Prise de rendez-vous.....	13
Environnement visuel et politiques institutionnelles	14
Organisation de la trajectoire de services.....	17
Conclusion	21
Références	23

Synthèse du rapport préliminaire

CONTEXTE

Le mandat du projet Mapping a été confié et soutenu financièrement par le CISSS de la Montérégie-Centre et le CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal dans le cadre des *Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres*. La pertinence de ce projet découle du fait que les personnes de la diversité sexuelle et de genre (DSG) présentent un risque accru d'iniquités de santé physique et mentale, et ce, alors que leur accès au RSSS est affecté par divers enjeux, tels que la stigmatisation, des manques dans les connaissances des personnes professionnelles de la santé ou des services sociaux (PSSS), ainsi que des structures et des trajectoires de services inadéquates.

Les objectifs du projet sont : 1) Explorer les besoins des PSSS (formation, matériel, politiques, etc.) pour intervenir auprès des personnes DSG; 2) Explorer les besoins et perceptions des personnes usagères du RSSS issues de la DSG; 3) Formuler des recommandations préliminaires pour élaborer un plan tenant compte des besoins des deux populations et des données probantes.

MÉTHODOLOGIE

Étude comportant deux volets (quantitatif et qualitatif). Comme le recrutement a toujours lieu pour le volet quantitatif, le rapport présente uniquement les données du volet qualitatif. Pour ce volet, 47 entrevues semi-dirigées ont été réalisées entre juin et octobre 2025. Vingt personnes usagères adultes, s'auto-identifiant comme faisant partie de la DSG, ayant reçu des services dans un CISSS de la Montérégie ou un CIUSSS de Montréal au cours de la dernière année ont été interviewées. Vingt-sept PSSS travaillant dans ces mêmes établissements ont aussi été interviewées.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Les constats préliminaires exposés ici visent à rendre compte des enjeux, besoins et recommandations exprimés par les personnes interviewées, sans en évaluer la validité clinique. L'absence de solutions universelles est parfois mise en lumière par la présence de points de vue divergents. Les prochaines étapes du projet *Mapping* permettront d'approfondir les analyses, notamment en mettant en dialogue les résultats avec la littérature scientifique existante. À l'étape actuelle, un des constats centraux concerne la méfiance exprimée par plusieurs personnes usagères à l'égard du RSSS, de même qu'un sentiment d'insécurité lors de l'accès aux services, allant jusqu'au report ou à l'évitement des soins. Enfin, une proportion importante des enjeux et des besoins liés à l'adéquation des services concerne plus particulièrement les personnes trans et non-binaires (TNB).

Enjeux et besoins	Recommandations préliminaires
Formations	
<p><u>Manque de connaissances</u> face aux réalités de la DSG (concepts, vocabulaire, etc.) ainsi que sur la communication inclusive réduisant les risques de blesser les personnes trans et non-binaires (TNB).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une <u>formation continue obligatoire</u> sur la <u>DSG</u> à offrir à l'ensemble du personnel (gestionnaires, PSSS, personnel de soutien). Le contenu devrait être adapté pour certaines communautés (p. ex. musulmanes et Africaines).
<p>Besoin d'appui pour des questions liées à la DSG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des <u>personnes-ressources spécialisées</u> sur la DSG pouvant répondre aux questions par téléphone ou courriel. • Crée des <u>outils de pratique</u> (guides d'interventions, questionnaires d'évaluation adaptés, etc.).
Communications (orales & écrites)	
<p><u>Anxiété liée aux interactions avec le personnel</u>, incluant le risque d'être interpellé·e par les mauvais pronoms (mégenrage) ou le prénom de naissance (morinommage).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Éviter les titres « Monsieur /Madame »</u> lors des appels en salle d'attente (utiliser un numéro ou le prénom/nom). • <u>Valider les pronoms et le prénom choisi</u> systématiquement. Se présenter avec ses propres pronoms. • <u>Éviter de présumer le sexe/genre</u> des partenaires intimes (poser des questions neutres). • Offrir des options de prise de <u>rendez-vous en ligne</u>.
<p><u>Outils administratifs qui ne reflètent pas les réalités des personnes de la DSG</u> (formulaire et systèmes informatiques).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacer Père/Mère par <u>Parent /Parent</u>. • Ajouter la mention de <u>sexe « X »</u>. • Intégrer des champs pour <u>prénom et pronoms</u>. • Permettre la <u>double vérification</u> des requêtes de laboratoire avec d'autres informations que le sexe et le prénom (p. ex. le numéro RAMQ ou la date de naissance). • Ajouter une <u>fiche clinique</u> aux systèmes informatiques résumant les caractéristiques sexuelles (hormone dominante, durée de l'hormonothérapie, présence d'organes comme utérus/ovaires/prostate). Informations à collecter de façon délicate et respectueuse.

Environnement visuel et politiques institutionnelles	
Lieux de soins perçus comme <u>centrés sur les réalités hétérosexuelles et cisgenres</u> .	<ul style="list-style-type: none">• Ajouter des <u>affiches et drapeaux</u> représentant la DSG.• Encourager le port volontaire d'<u>accessoires à l'effigie de la DSG</u> par le personnel (épinglettes, autocollants, cartes d'identité avec pronoms).• Souligner les <u>célébrations de la Fierté</u>.• Incorporer <u>des termes non genrés</u> dans l'affichage (p. ex. « personne avec un vagin »).
<u>Politiques actuelles peu explicites</u> quant à leur application aux personnes DSG.	<ul style="list-style-type: none">• Bonifier les <u>politiques</u> (p. ex. politique sur le respect, EDI) pour préciser leur application aux personnes de la DSG.
Organisation de la trajectoire de services	
<u>Difficultés à repérer</u> les informations sur les soins d'affirmation de genre. <u>PSSS</u> pouvant <u>difficilement renseigner</u> sur le continuum de soins d'affirmation de genre. <u>Délais</u> d'attente pour accéder aux soins d'affirmation de genre.	<ul style="list-style-type: none">• Créer un <u>site Web</u> centralisant où et comment accéder aux soins d'affirmation de genre. Y détailler le continuum de soins disponibles.• Former davantage de PSSS à la <u>prescription d'hormonothérapie</u> (p. ex. former les résident·es). Considérer ces soins comme de première ligne et non de seconde ligne.• Développer des <u>cellules spécialisées</u> à la DSG dans chaque <u>clinique</u> ou GMF.• Mettre en place des <u>cliniques multidisciplinaires</u> dédiées à la DSG (sans exigence de médecin de famille).• <u>Valoriser les bonnes pratiques</u> des cliniques spécialisées pour les gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH).

Contexte

Conformément aux *Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres* (Gouvernement du Québec, 2023), chaque région du Québec est appelée à exercer un rôle de leadership mettant en œuvre des actions structurantes visant l'ensemble du personnel, des gestionnaires et des personnes intervenantes du système de réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). C'est dans cette perspective que le mandat de réaliser un portrait de la situation entourant l'adéquation des services aux besoins de ces populations a été confié par le CISSS de la Montérégie-Centre, en collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal. C'est dans ce contexte qu'a été mis sur pied le projet de recherche *Mapping des besoins en matière d'adéquation des interventions et services offerts aux populations de la diversité sexuelle et de genre en Montérégie et à Montréal* (désigné comme « projet Mapping » dans le présent rapport). Ces deux organisations ont respectivement accordé 102 000 \$ et 70 000 \$ afin de soutenir la réalisation de ce projet.

La pertinence du projet Mapping s'appuie sur le fait que l'accès des personnes de la diversité sexuelle et de genre (DSG) au RSSS est susceptible d'être influencé par plusieurs enjeux. Ceux-ci prennent des formes variées, allant de la stigmatisation à des lacunes dans les connaissances des professionnel·les de la santé et des services sociaux (PSSS) concernant leurs réalités, ainsi qu'à des environnements, des structures et des trajectoires de services qui ne sont pas pleinement adaptées pour répondre à leurs besoins (Goldhammer et al., 2018; Lovejoy et al., 2023). Ces constats appellent à être étudiés, car les personnes de la DSG présentent, en comparaison aux personnes hétérosexuelles et cisgenres, un risque accru d'iniquités de santé : état de santé physique plus pauvre (conditions chroniques, risques de cancer plus élevés), consommation d'alcool plus importante, ainsi que des taux plus élevés d'anxiété, de dépression et de tentatives de suicide (Gonzales et al., 2016; Lefevor et al., 2019; Zeeman et al., 2019). Des données suggèrent que les personnes trans et non-binaires (TNB) pourraient être particulièrement vulnérables, rapportant un état de santé perçu plus faible, une détresse psychologique plus élevée et davantage de barrières d'accès au RSSS que les femmes et hommes cisgenres issu·es de la diversité sexuelle (Blais et al., 2022; Holt et al., 2023). Parmi ces obstacles, on retrouve des enjeux administratifs qui affectent les personnes TNB dont les documents légaux ne reflètent pas¹ leur identité de genre ou leur prénom choisi (James et al., 2016).

Plusieurs stratégies d'adaptation des milieux existent d'ores et déjà (Lim et al., 2014) et la documentation scientifique tend sur un constat : celui de devoir être plus inclusifs des communautés 2SLGBTQIA+. La situation actuelle porte à croire que plusieurs manques existent encore et constituent des obstacles à l'adéquation des services envers ces

¹ Goetz et Arcmano (2023) ont documenté plusieurs raisons expliquant pourquoi certaines personnes TNB ne modifient pas la mention de sexe ou leur prénom sur leurs documents légaux. Ces raisons incluaient entre autres le souhait d'attendre d'avoir divulgué son identité de genre à la majorité de son réseau social, la crainte de discriminations, les coûts, de même que des obstacles logistiques et institutionnels (multiples démarches, délais, etc.).

communautés. Ceci pourrait indiquer que certains besoins des personnes professionnelles de la santé ne sont pas rencontrés afin de pouvoir adapter les pratiques d'intervention. Nos services de santé peuvent être influencés par plusieurs facteurs, dont un manque de formation, un manque de compréhension des besoins des communautés de la DSG ainsi qu'un manque d'humilité et de compétences culturelles (Foronda et al., 2016; Klein & Nakhai, 2016; Rhoten et al., 2022). L'humilité culturelle réfère à « un engagement à s'autoévaluer et à s'autocritiquer en tenant compte de la culture, et à travailler à la lutter contre les injustices » (Rosenblatt, 2016, p. 73), tandis que la compétence culturelle est « capacité à s'engager positivement avec des personnes issues de milieux culturels différents du sien [et peut impliquer] une prise de conscience des coutumes [et normes] sociales, de la langue ou d'autres caractéristiques de cette culture [permettant de mieux interagir avec la personne] » (Rosenblatt, 2016, p. 73). Face aux défis spécifiques auxquels les communautés de la DSG sont confrontées en matière de santé, il devient impératif d'explorer de manière approfondie les besoins des personnes professionnelles de la santé dans l'optique d'améliorer l'intervention auprès de ces communautés et, inversement, les besoins des communautés mêmes afin d'adapter les interventions.

C'est dans ce contexte que ce projet a pour objectif d'évaluer les besoins en matière d'adéquation des interventions et des services offerts aux populations de la DSG dans les CISSS de la Montérégie et les CIUSSS de Montréal. Plus spécifiquement, ce projet vise à :

- 1) Explorer les besoins (p. ex. formation, matériel, politiques) des personnes professionnelles oeuvrant au sein des CISSS de la Montérégie et des CIUSSS de Montréal concernant l'intervention auprès des personnes de la DSG ;
- 2) Explorer les besoins et les perceptions des personnes utilisatrices de services de la DSG vis-à-vis les services reçus dans les CISSS de la Montérégie et les CIUSSS de Montréal ;
- 3) Formuler des recommandations préliminaires afin de favoriser l'élaboration d'un plan qui tient compte des besoins et perceptions de chacune des populations ainsi que des données probantes issues de la documentation scientifique.

Les constats préliminaires exposés dans le présent rapport visent à refléter les perceptions et les besoins exprimés par les personnes interviewées, sans prétendre en évaluer la validité clinique ni en juger la pertinence.

Méthodologie

Les deux populations ciblées pour ce projet étaient définies comme suit : la première regroupait des personnes usagères âgées de 18 ans et plus qui s'auto-identifiaient comme faisant partie de la DSG et qui avaient reçu des services, au cours de la dernière année, dans l'un des trois CISSS de la Montérégie ou l'un des cinq CIUSSS de la région de Montréal. La seconde population comprenait des professionnel·les de la santé ou des services sociaux travaillant dans ces mêmes établissements. Dans le cadre de la présente étude, l'expression « personne professionnelle » désigne toute personne offrant des soins de santé ou des services sociaux à des usager·ères, qu'elle soit membre ou non d'un ordre professionnel (p. ex. préposé·e aux bénéficiaires, médecin, physiothérapeute, infirmier·ère, travailleur·euse social·e, technicien·ne en éducation spécialisée, etc.). Toutes les personnes participantes devaient parler le français ou l'anglais pour être admissibles à l'étude.

Le comité scientifique de la recherche (CSR) et le comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CISSS de la Montérégie-Centre ont respectivement donné leur approbation scientifique et éthique au projet de recherche. Le suivi du projet est assuré par le CÉR du CISSS de la Montérégie-Centre, pour les établissements du RSSS participants. Le CÉR de l'UQAT, établissement d'attache du chercheur principal, a également approuvé le présent projet.

L'étude comporte deux volets : un volet quantitatif et un volet qualitatif. En date du 6 janvier 2026, 36 personnes usagères et 75 PSSS avaient rempli le questionnaire en ligne dans le cadre du volet quantitatif. Les données issues de ce volet ne sont pas incluses dans le présent rapport préliminaire, puisque le recrutement est toujours en cours. Le présent rapport présente donc uniquement les données du volet qualitatif.

Pour le volet qualitatif, quatre membres de l'équipe de recherche ont mené des entrevues individuelles semi-dirigées d'une durée approximative de 90 à 120 minutes avec 20 personnes usagères de la DSG, ainsi que 27 personnes professionnelles, entre les mois de juin et d'octobre 2025. Quelques entrevues ont été effectuées en personne ($n = 4$), mais la majorité ont été faites en ligne ($n = 43$). L'enregistrement audio de chacune des entrevues a par la suite été retranscrit et anonymisé.

Cette étude repose sur un devis descriptif interprétatif afin de pouvoir : 1) décrire les expériences, perspectives et besoins des deux populations et; 2) pouvoir interpréter les entrevues afin d'en tirer des conclusions permettant l'adaptation des services (Thorne, 2016). Une analyse thématique (Braun et Clarke, 2021) des entrevues a été réalisée à partir de leurs transcriptions à l'aide du logiciel NVivo 15.

Résultats et discussion préliminaires

Caractéristiques des personnes participantes

Le Tableau 1 brosse un portrait des caractéristiques sociodémographiques des deux échantillons. Parmi les personnes usagères, la totalité a affirmé faire partie de la diversité sexuelle et la majorité (60 %) de la diversité de genre. Parmi les personnes professionnelles, une majorité faisait également partie de la diversité sexuelle (63 %) ou de genre (14,8 %).

Tableau 1. Portrait sociodémographique des deux échantillons

	Personnes usagères (n = 20)	Personnes professionnelles (n = 27)
Personnes de la diversité sexuelle	100,0 % (n = 20)	63,0 % (n = 17)
Personnes de la diversité de genre	60,0 % (n = 12)	14,8 % (n = 4)
Âge	18 à 69 ans ($\bar{x} = 31,9$ ans)	24 à 57 ans ($\bar{x} = 38,0$ ans)
Langue maternelle		
Français	85,0 % (n = 17)	81,5 % (n = 22)
Autre que le français	15,0 % (n = 3)	18,5 % (n = 5)
Origine ethnoculturelle		
Blanche	85,0 % (n = 17)	85,2 % (n = 23)
Autre que blanche	15,0 % (n = 3)	14,8 % (n = 4)
Région de l'établissement		
Montérégie	35,0 % (n = 7) ^a	66,7 % (n = 18)
Montréal	90,0 % (n = 18)	33,3 % (n = 9)

^a Parmi l'échantillon, cinq personnes usagères ont rapporté avoir obtenu des services à la fois en Montérégie et à Montréal.

En ce qui a trait à l'identité de genre des 20 personnes usagères, on retrouve sept femmes trans, quatre femmes cisgenres, quatre hommes cisgenres, deux hommes trans, deux personnes non-binaires, deux personnes fluides dans le genre, ainsi qu'une personne agenre. Considérant que Femmes et Égalité des genres Canada (2024) estime que les personnes TNB représentent 8,1 % des personnes issues de la DSG âgées de 15 ans et plus au Canada, il est plausible que les résultats du présent rapport soient teintés par une surreprésentation de cette population au sein de l'échantillon (60,0 %). Cette surreprésentation pourrait s'expliquer par le fait que ces personnes, étant particulièrement confrontées à des enjeux dans l'accès au RSSS (Holt et al., 2023), aient été davantage motivées à participer à l'étude afin de faire entendre leurs expériences et leurs besoins. Quant à l'attirance sexuelle des personnes usagères interviewées, les identités rapportées par les personnes usagères sont : lesbienne (n = 7), bisexuelle (n = 5), pansexuelle (n = 5), gaie (n = 4), homosexuelle (n = 2), asexuelle (n = 2) et queer (n = 2). Ces caractéristiques de l'identité de genre et de l'attirance sexuelle des personnes

usagères ne sont pas mutuellement exclusives. Les personnes nées en dehors du Canada, racisées ou ne parlant pas le français sont peu représentées.

Parmi les 27 personnes professionnelles qui ont été interviewées se trouvaient neuf infirmier·ères, quatre travailleurs et travailleuses sociales, deux médecins, deux spécialistes en activités cliniques, deux agentes de relations humaines, deux professionnelles dans le domaine de la périnatalité, deux psychoéducateur·ices, deux technicien·nes en éducation spécialisée, une ergothérapeute et un préposé aux bénéficiaires. Parmi les PSSS interviewé·es, 63,0 % s’identifiaient comme faisant partie de la DSG. Étant donné que les personnes de la DSG représentent environ 4,4 % de la population canadienne générale âgée de 15 ans et plus (Femmes et Égalité des genres Canada, 2024), il est probable que les données recueillies auprès des PSSS soient teintées par cette surreprésentation. Cette forte participation des personnes PSSS de la DSG pourrait également découler du fait qu’elles se soient senties particulièrement interpellées par l’étude, notamment en raison de leur expérience personnelle ou professionnelle des enjeux abordés.

Introduction aux résultats préliminaires

Un des constats principaux de l’étude est que plusieurs personnes usagères ont exprimé une méfiance envers le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ainsi qu’un sentiment d’insécurité lorsqu’elles y accédaient. Une part importante de ces appréhensions découlait des interactions vécues ou anticipées avec le personnel du RSSS. À titre d’exemple, plusieurs participant·es ont rapporté avoir été confronté·es à une méconnaissance de leurs réalités et de leurs besoins, à des questions intrusives (p. ex. sur leur anatomie), à des préjugés, ou encore, à l’invalidation de leur attirance sexuelle ou de leur identité de genre. Ces expériences alimentent l’angoisse liée au recours aux services, au point où certaines personnes usagères ont expliqué qu’elles reportaient leurs soins, voire qu’elles évitaient tout simplement les services. En ce sens, Alexie², une personne agenre pansexuelle, se questionnait d’ailleurs sur les impacts de l’évitement du RSSS pour sa santé : « Je n’ai pas le goût de me refaire discriminer. Je n’ai pas le goût de... Est-ce que je risque certains aspects de ma santé ? ».

Alors que ces divers enjeux ont été relevés tant chez les personnes usagères de la diversité sexuelle que de la diversité de genre, une majorité des obstacles et besoins liés à l’adéquation des services touchait surtout les personnes trans et non-binaires (TNB). Ce constat se dégage clairement des entrevues avec les personnes usagères et de celles menées auprès des PSSS. De manière récurrente, lorsque les personnes participantes étaient invitées à discuter des enjeux et recommandations pour l’ensemble des personnes de la DSG, leurs propos convergeaient spontanément vers la diversité de genre. Cette tendance persistait même après des relances

² Tous les prénoms rapportés dans le présent rapport sont des prénoms fictifs, inspirés des caractéristiques sociodémographiques de chaque personne participante.

visant à élargir la discussion. Ce constat suggère que les défis vécus par les personnes TNB occupaient une place centrale dans la perception des deux groupes interviewés.

Lors des entretiens, les deux populations rencontrées étaient appelées à partager leurs besoins et des recommandations pour améliorer l'adéquation des services et des interventions aux besoins des personnes de la DSG. Combinées à certaines pratiques déjà implantées dans des CISSS et CIUSSS, ces propositions apparaissent particulièrement prometteuses. Elles touchent des dimensions clés : la formation du personnel, les communications, l'environnement visuel et les politiques institutionnelles, ainsi que l'adaptation des trajectoires de services. Les sections suivantes présentent ces pistes de solutions, accompagnées des résultats préliminaires et d'éléments de discussion, structurés de manière successive et distingués de manière explicite, afin de les faire dialoguer.

Formations

Plusieurs PSSS interviewé·es estimaient ne pas disposer des connaissances nécessaires pour intervenir adéquatement auprès des personnes de la DSG. Cette impression était aussi partagée par des personnes usagères. Plusieurs PSSS souhaitaient que le personnel des établissements ciblés possède des connaissances de base sur les concepts et le vocabulaire liés à la DSG, afin de distinguer les réalités spécifiques à chaque groupe qui la compose et éviter les maladresses. La crainte de blesser les personnes TNB était fréquente chez les PSSS, ce qui renforce le besoin de formation sur les façons culturellement sensibles de communiquer avec elles, tant à l'oral qu'à l'écrit. Une majorité des PSSS ($n = 14$) a d'ailleurs insisté pour qu'une formation continue liée à la DSG soit obligatoire, à l'image de la formation *Sensibilisation aux réalités autochtones*³. Morgan, qui est travailleur·se social·e, a proposé qu'une politique rende cette formation obligatoire. Les deux populations étudiées ont aussi souligné que cette formation devrait être offerte à l'ensemble du personnel : aux gestionnaires, aux PSSS et au personnel de soutien. Pour Jean-Michel, s'identifiant comme un infirmier noir, il est impératif que les contenus soient adaptés aux réalités culturelles des communautés musulmanes et noires africaines, comme elles composent, selon lui, une part importante du personnel infirmier et préposé :

Il va falloir que les formations soient dirigées en conséquence pour ces communautés-là [...]. Ce serait vraiment de rentrer en contact, peut-être avec des travailleurs sociaux du pays même, d'où est-ce que les gens vont arriver. Pour vraiment se mettre dans leur tête, dans leur mentalité. Dans leur compréhension. Dans leur ouverture par rapport à la population LGBTQ. (Jean-Michel, infirmier)

³ Cette formation a été rendue obligatoire en 2021 pour l'ensemble des employé·es des CISSS et CIUSSS à la suite du décès de Joyce Echaquan (Lévesque, 2021). Elle vise à instaurer un changement de culture afin de rendre les pratiques organisationnelles culturellement sécurisantes (Tour de l'Est, 2022). Elle comprend une introduction et deux modules obligatoires totalisant environ 1h45, dans le cadre d'un programme complet de sept heures (Tour de l'Est, 2022).

Quelques PSSS ont aussi suggéré la mise en place de personnes-ressources pour répondre aux questions liées à la DSG et offrir des conseils par téléphone ou via courriel. Morgan a mentionné qu'un service similaire existait à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), où des personnes issues de communautés noires avaient pour mandat d'offrir des conseils pour les interventions touchant des membres de leur communauté.

Enfin, différents besoins concernaient le développement d'outils pratiques. Une infirmière, Emily, a par exemple mentionné l'importance de guides d'évaluation pour mieux cerner les besoins en santé des personnes de la DSG, incluant des facteurs de risque en santé mentale. Sophie, une agente de relations humaines, a souligné qu'il serait utile que de tels outils soient intégrés aux logiciels utilisés par les intervenant·es du 811, à l'image des guides existants pour d'autres situations (p. ex. annonce d'un cancer). De son côté, Stéphanie, infirmière, a évoqué la nécessité de guides d'intervention pour clarifier des procédures spécifiques, comme la manière appropriée d'insérer un cathéter chez une personne trans ayant subi une chirurgie d'affirmation de genre.

Communications orales et écrites

Plusieurs besoins en termes de communication orale et écrite ont été mis en évidence lors des entrevues. Ces besoins étaient plus particulièrement liés aux interactions et processus administratifs qui touchent les personnes TNB.

Titres de civilité, prénoms et pronoms

Plusieurs personnes TNB interviewées ont indiqué qu'elles craignaient leurs interactions avec le personnel du RSSS dès l'accueil. Un aspect alimentant ces craintes est l'appel dans la salle d'attente à partir du prénom de naissance, communément appelé morinom (ou *deadname* en anglais). L'appel par le morinom, combiné à une organisation physique des salles d'attente qui expose la personne TNB au regard des autres, peut être très anxiogène, comme le décrit ici Adrian :

He needs to call my name [...]. Then he yells it in the middle of the waiting room, which has about 36 people. I counted them [...]. It made it very, very uncomfortable. I had a small panic attack before going in there. (Adrian, homme trans pansexuel)

En écho aux paroles d'Adrian, des personnes TNB interviewées ont spécifié avoir vécu des situations très inconfortables, dont à l'accueil des services, lorsque le personnel avait l'impression que leur expression de genre (vêtements, coupe de cheveux, etc.) ne « concordait pas » avec leurs documents légaux. À ces expériences peuvent s'ajouter celles liées au mégenrage, soit le fait de ne pas utiliser les pronoms préférés d'une personne ou les accords conjugaux appropriés. Plusieurs personnes TNB rencontrées ont souligné que leurs pronoms (p. ex. « iel ») étaient régulièrement ignorés. Alexie explique qu'il peut être très difficile de revendiquer ce respect lorsqu'on est vulnérable et que l'on requiert des soins :

Je n'étais pas dans la défense de droit à ce moment-là. J'étais vraiment trop éclaté·e. Ce n'est pas des moments où tu as l'énergie de te défendre sur tes pronoms, puis sur ton expression de genre. Tu es juste comme à terre. (Alexie, personne agenre pansexuelle)

Différentes pistes de solutions ont été partagées lors des entrevues afin de répondre aux besoins des personnes de la DSG d'être interpellées d'une façon qui respecte et affirme leur identité. Ainsi, ce sont autant des personnes usagères que des PSSS qui ont suggéré d'éviter « Monsieur » ou « Madame » comme titres de civilité pour s'adresser à des patient·es inconnu·es. En ce qui concerne spécifiquement les salles d'attente, des personnes usagères ont proposé l'alternative d'appeler la patientèle à l'aide d'un numéro plutôt que par leur prénom et nom de famille. Il s'agit d'une pratique qu'Éliane apprécie pour sa discréton :

Je ramène au [Hôpital 2], encore une fois. Tu te fais jamais appeler par ton nom au [Hôpital 2]. Je ne sais pas si c'est une bonne ou une mauvaise expérience exactement. Mais, c'est une expérience qui est plus discrète. Tu ne sais pas pourquoi les gens sont là. Tu vas juste avoir ton numéro puis ça te dit : « OK, va à telle salle ». (Éliane, femme trans lesbienne et asexuelle)

Une autre option proposée par des PSSS consiste à s'adresser aux patient·es inconnu·es en utilisant simplement leur prénom et nom de famille. Comme le souligne Julie, travailleur·euse social·e, cette pratique est particulièrement utile pour rédiger des rapports d'intervention au sujet de personnes non binaires. En utilisant cette façon de faire, il est ainsi possible d'effectuer des mentions comme « Patricia a grandi dans la région... » plutôt que « Madame a grandi dans la région... ».

L'importance de valider les préférences en termes de titre de civilité a été soulevée par des personnes usagères et des PSSS. Emily, une infirmière, explique effectuer cette vérification, puisque les préférences sont très variées :

In general, I ask them: "How do you want me to call you?" [...]. Because I'm not sure sometimes, if they want to be called by their last name, or their maiden name. Or if they want to be just called by their nicknames, or they want to be called Ms. or Mr. (Emily, infirmière)

Les deux populations rencontrées ont aussi insisté sur l'importance de vérifier et de respecter les prénoms et les pronoms choisis de la patientèle. Julie, qui travaille comme ergothérapeute, a mentionné que sa coordonnatrice validait systématiquement ces deux informations avant qu'une nouvelle personne soit confiée à un·e intervenant·e. Julie estime que cette attention apporte plusieurs avantages : 1) elle réduit les risques d'erreur et de malaises, en plus; 2) d'épargner à la personne patiente de répéter ses préférences à plusieurs reprises. Lors d'erreurs, des PSSS ont suggéré de s'excuser sans dramatiser, puis de se corriger rapidement. Cette pratique fait écho aux remarques de personnes TNB interviewées qui ont mentionné subir le poids des réactions excessives des professionnel·les en cas de mégenrage et morinommage.

Pour favoriser un climat inclusif, des PSSS ont aussi suggéré que chaque professionnel·le précise ses propres pronoms avant de demander ceux des patient·es. Alexie décrivait d'ailleurs cette attention comme faisant partie d'un service idéal : « Un médecin qui ne te mégenre pas, qui se présente et qui te permet d'en retour de te présenter ». C'est dans cette lignée que deux PSSS ont mentionné avoir ajouté leurs pronoms dans la signature de leurs courriels.

Enfin, quelques PSSS ont mentionné éviter de présumer l'identité de genre des partenaires intimes de leurs patient·es. Cette approche permet d'éviter que les personnes DSG doivent perpétuellement faire un *coming out*. Julien, un infirmier, explique vérifier le genre des partenaires de ses patient·es à l'aide de questions neutres et sensibles comme : « Habitez-vous seul·e ? », « Êtes-vous en couple ? »; « Y'a-tu quelqu'un qui vient vous voir ? ». Si oui, « C'est qui par rapport à vous ? ». En plus d'apporter des bénéfices pour l'inclusivité des services, connaître le véritable contexte amoureux ou sexuel des patient·es peut être précieux pour effectuer des évaluations plus appropriées. À titre d'exemple, quelques personnes lesbiennes en couple avec des femmes cisgenres ont déploré qu'on leur demande si elles étaient enceintes de manière systématique.

Systèmes informatiques, formulaires, requêtes de laboratoire

Parmi les deux échantillons, plusieurs personnes interviewées ont déploré que la majorité des systèmes informatiques et des documents administratifs (formulaires, requêtes de laboratoire, etc.) soient conçus d'une façon qui ne reflète pas l'identité ou les caractéristiques des personnes de la DSG. Ces outils de communication écrite étaient décrits comme ayant été conçus façon hétérocisnormative⁴. Par exemple, la dyade « père/mère » comme seule option pour désigner les parents pose problème, tant pour les familles homoparentales que pour les parents non-binaires qui ne s'identifient à aucun de ces titres. De même, les seules options « F » et « M » au niveau du sexe ou du genre excluent les personnes non-binaires. Il a aussi été rapporté que la plupart des systèmes informatiques n'incluaient pas de champs pour inscrire les prénoms et pronoms choisis. Ces lacunes obligent également les personnes de la DSG à faire un *coming out* dans les services, ou encore, elles font en sorte qu'elles soient mégenrées ou interpellées par leur morinom.

Des personnes usagères et des PSSS ont proposé diverses mesures concrètes pour pallier ces problématiques :

1. Remplacer « père/mère » par « parent 1/parent 2 ».
2. Ajouter la mention de sexe « X » (souvent utilisée par les personnes non-binaires).
3. Ajouter des champs pour les prénoms et pronoms choisis.

⁴ L'hétérocisnormativité est un système normatif qui érige l'hétérosexualité et la cisidentité comme normes dominantes. Il contribue à marginaliser et invisibiliser les autres attirances sexuelles et identités de genre dans divers milieux, y compris au sein du RSSS (Bastien Charlebois, 2011; Bauer et al., 2009; Silverman et Baril, 2022).

Deux médecins, Alexandre et Florence, ont mentionné que le système informatique Medesync facilitait l'implantation de la troisième recommandation dans leur milieu de travail. Ce système permet notamment d'inscrire directement dans la page d'identification, les prénom/pronom choisis entre parenthèses, et ce, à côté du nom légal. Alexandre et Florence ont souligné que cette fonctionnalité était particulièrement utile et accessible, car ces informations apparaissent sur la page d'accueil plutôt que dans le sommaire ou dans les notes de consultation.

De tels ajustements pourraient possiblement améliorer les requêtes de laboratoire. Des PSSS ont effectivement rapporté que des requêtes leur avaient été retournées pour motif « d'erreur » lorsque le prénom ou la mention de sexe ne concordait pas avec les données de la RAMQ, empêchant la double vérification exigée pour confirmer l'identité des patient·es. Adèle, une femme trans pansexuelle, a mentionné avoir vécu cette situation. Elle a donc dû reprendre rendez-vous avec son médecin pour obtenir une nouvelle requête, ce qui avait entraîné des délais supplémentaires pour l'obtention des résultats. Pour prévenir ces obstacles, deux PSSS (Marjorie et Sophie) ont recommandé que la double vérification puisse s'appuyer d'autres informations, comme le numéro de RAMQ ou la date de naissance.

La médecin Florence a souligné qu'il est essentiel de disposer d'informations précises sur les caractéristiques sexuelles présentes chez la patientèle (hormonales et anatomiques) pour offrir des interventions et des dépistages appropriés (cancer, ITSS, etc.). Or, la littérature montre que les marqueurs de sexe « F », « M » et « X » ne suffisent pas à refléter les caractéristiques sexuelles observées, notamment chez les personnes TNB (Dorlin, 2006). C'est en ce sens que des PSSS et des personnes usagères interviewées dans le cadre du projet Mapping ont proposé que des fiches soient intégrées aux systèmes informatiques afin d'y colliger des éléments comme :

1. L'hormone dominante actuelle ;
2. La durée sous hormonothérapie ;
3. La présence d'organes comme l'utérus, les ovaires ou la prostate.

Des personnes TNB ont expliqué que ces informations pourraient aussi leur éviter d'avoir à se répéter à chaque consultation. Comme le précise Florence, le caractère très sensible de ces informations exige toutefois une collecte délicate et respectueuse.

Nous estimons par ailleurs qu'il est de mise de pousser la réflexion plus loin concernant la pertinence de l'accès à ce genre de données sensibles par des PSSS qui n'en ont pas besoin pour leurs interventions.

Prise de rendez-vous

Pour plusieurs personnes usagères rencontrées, l'obligation de téléphoner pour obtenir un rendez-vous médical constitue un autre obstacle lié aux communications. Comme l'a rapporté Adèle, une femme trans, cette modalité l'amène presque inévitablement à être mégenrée par le personnel. Elle a effectivement rapporté que sa voix grave faisait en sorte qu'elle se faisait

régulièrement appeler « monsieur », et ce, bien que son prénom et son marqueur de sexe aient été modifiés sur ses documents légaux. Adèle a confié que ces microagressions l'aminaient régulièrement à hésiter avant d'appeler des services du RSSS.

Pour Christopher, un homme cisgenre homosexuel, les communications en ligne représentent une alternative à privilégier, car elles offrent davantage de confidentialité et réduisent les inconvénients liés aux échanges téléphoniques. Christopher a insisté sur le fait que la discréetion est essentielle, notamment lorsqu'il s'agit de ses attirances sexuelles ou de prescriptions liées à sa santé sexuelle :

It's private stuff. You don't want just anyone to see your STD [sexually transmitted disease] results, and you don't want just anyone to know that you are having sex with other men [...]. Sometimes they call me to say: "Oh, you have this prescription for this chlamydia treatment". And I am at work. I'm like, I don't want... I am like, this professor is here [...]. The fight for privacy is related to the fight for gay rights. And I think the online tools are a tool for that. (Christopher, homme cisgenre homosexuel)

Bien que l'ensemble de la patientèle du RSSS puisse accorder une importance à la confidentialité de ses informations personnelles, l'extrait ci-dessus met en évidence que cette préoccupation peut être particulièrement cruciale pour les personnes de la DSG. La sensibilité exprimée par Christopher illustre que la divulgation des données personnelles peut avoir des conséquences sociales significatives, notamment lors de la réception de soins ou de services professionnels. Il est permis de croire que des patient·es se trouvant à l'intersection d'autres identités minoritaires ou stigmatisées pourraient également manifester une vulnérabilité accrue face à ces risques (p. ex. personnes pratiquant le travail du sexe, personnes racisées).

Ajoutons enfin que des personnes s'identifiant comme neurodivergentes ont également rapporté des difficultés avec les interactions téléphoniques et qu'elles apprécieraient donc elles aussi des options de prise de rendez-vous en ligne. Cette considération apparaît judicieuse, considérant que des PSSS ont souligné que la proportion de personnes neurodivergentes était plus élevée parmi les personnes TNB que chez les personnes cisgenres. Cette observation concorde d'ailleurs avec les résultats provenant d'autres études (Walsh et al., 2018; Warrier et al., 2020).

Environnement visuel et politiques institutionnelles

Alors que nos résultats montrent que les communications orales et écrites influencent fortement le sentiment de sécurité et de représentation des personnes de la DSG dans les services, il ressort des entrevues que les aspects physiques de l'environnement jouent un rôle tout aussi déterminant. En effet, il se dégage des témoignages des personnes usagères rencontrées que les lieux où sont dispensés les services visibilisent uniquement les réalités hétérosexuelles et cisgenres. L'affichage dans les milieux de soins et d'intervention constituait

un enjeu d'importance pour nombre de personnes usagères interviewées, et ce, dans plusieurs services. Des personnes TNB ont souligné des inconforts spécifiques liés à certains contextes, notamment les cliniques gynécologiques, qui sont typiquement pensées pour les femmes cisgenres. Alexie, une personne agenre dont l'apparence ne correspond pas aux stéréotypes féminins, a confié avoir ressenti des jugements implicites lors de sa visite dans une clinique gynécologique. Alexie, une personne agenre dont l'apparence ne correspond pas aux stéréotypes féminins, a confié avoir perçu des jugements implicites lors d'une visite dans une clinique gynécologique, au point de repousser ses suivis. Alexie explique que cette expérience, combinée à des éléments comme la couleur des murs, peut provoquer une dysphorie importante pour d'autres personnes TNB, comme les hommes trans :

Aller chez la gynécologue [...] je me fais regarder vraiment « croche » quand je rentre là-bas. C'est vraiment inconfortable. C'est comme: « Qu'est-ce que tu fais ici ? ». Je vais me changer dans les toilettes. C'est comme des toilettes de femmes. Tu rentres dans la cabine rose [...]. Imagine un homme trans. Je ne sais même pas si j'irais. C'est horrible. C'est un de mes amis qui m'a accompagné. Iel est intersexé, puis iel était comme : « *Oh my God, j'ai le goût de mourir* ». (Alexie, personne agenre pansexuelle)

Alexie a également soulevé que le vocabulaire utilisé dans ces milieux ne reflétait pas la réalité de nombreuses personnes TNB, un autre aspect susceptible de susciter de la dysphorie. Alexie a expliqué que ceci peut toutefois être résolu assez aisément en employant des termes non genrés :

C'est *She/her/woman, woman power, woman everywhere*. Déjà, tu rentres puis tu es comme: Wau! Puis là, toutes les personnes... c'est comme... cancer de la vulve, cervix, vagin, prévention femme, femme, femme, femme [...]. Tu peux neutraliser certains aspects : « personne avec un vagin », « personne avec un cervix ». (Alexie, personne agenre pansexuelle)

Considérant que différentes personnes pourraient éprouver un inconfort face à la description d'organes physiques (p ex. des personnes âgées ou des personnes nouvellement arrivées au Québec), nous estimons qu'il apparaît pertinent de privilégier, dans les communications et l'offre de services, des formulations neutres, mais précises. L'évitement d'expressions genrées (p. ex. « soins pour la femme ») au profit de termes descriptifs comme « soins gynécologiques » ou « soins liés à la santé sexuelle et reproductive » pourrait constituer une option supplémentaire pour favoriser des milieux de soins plus inclusifs et accessibles à une diversité de personnes.

Du point de vue d'Alexie, une voie complémentaire pour renforcer l'inclusivité des milieux passe par l'ajout d'affiches représentant les communautés et les couleurs de la DSG : « Les portes roses, *it is what it is, I guess*. Ça, je comprends que ça peut être plus cher à changer. Mais comme les affiches [...], ce n'est pas dur à changer ». Alexie a mentionné avoir été en contact avec de tels signes visuels d'inclusivité dans un autre milieu de soins et que cela l'avait sécurisé : « Des pancartes inclusives [...] c'est un environnement qui te fait sentir en sécurité ». Julien,

un infirmier, a de son côté proposé que les affiches incluant des familles représentent aussi des configurations familiales typiquement moins représentées. Ceci pourrait notamment se faire en incluant des familles homoparentales. L'ajout de drapeaux aux couleurs de la DSG dans les milieux de soins est une autre proposition qui a été relevée.

Lors des entrevues, le port d'accessoires à l'effigie des communautés de la DSG par le personnel a été identifié comme un autre aspect de l'environnement visuel ayant le potentiel de renforcer le sentiment de sécurité. Il a ainsi été suggéré que le personnel manifeste de façon volontaire son ouverture à la DSG en portant des items inclusifs, tels que des épinglettes, écussons ou autocollants. C'est dans cet esprit que Julien a mentionné placer en évidence sa carte d'identité qui arbore les couleurs de la DSG. De façon similaire, des collègues de Éli, un·e travailleur·euse social·e, ont personnalisé leur carte d'identité grâce au projet « L'Effet papillon⁵ ». Un·e PSSS a expliqué que ce projet contribue à favoriser un environnement plus inclusif en offrant la possibilité d'afficher son prénom choisi sur un autocollant en forme de papillon, apposé sur une pochette transparente contenant la pièce d'identité.

Dans le même ordre d'idées, Manon, une infirmière, a suggéré que des accessoires à l'effigie des communautés 2SLGBTQIA+ soient offerts après la complétion d'une formation sur la DSG. Stéphanie, une autre infirmière, a précisé que le personnel peut ainsi communiquer aux personnes usagères qu'elles se trouvent dans un "*safe space*" et qu'il est possible de leur parler de la DSG. Pour Stéphanie, cette pratique rappelle le « Réseau des veilleurs » qui a été mis en place dans certains CHSLD, notamment au Saguenay (Le lien, 2025). Dans d'autres établissements, comme le CISSS de la Montérégie-Centre et le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, on parle plutôt d'un « Réseau d'éclaireurs » (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2025; Portail Santé Montérégie, s.d.). Les membres de ces réseaux ont pour rôle d'offrir un soutien moral de manière informelle et d'orienter les personnes concernées vers des ressources d'aide appropriées, lorsque nécessaire. Le port d'accessoires et l'ajout d'affiches inclusives dans les aires communes constituent d'ailleurs des solutions tangibles pour pallier certaines contraintes relevées par Karine. De fait, cette travailleuse sociale a expliqué qu'il n'était pas possible de personnaliser les bureaux de consultation partagés par plusieurs PSSS afin d'y rendre visible son ouverture à la DSG.

Précisons enfin que des PSSS ont spécifié que l'ajout d'affiches de la DSG leur apparaissait particulièrement important lors des célébrations de la Fierté. Dave, infirmier, a suggéré que les CISSS et CIUSSS complètent ces initiatives par des communications internes visant à souligner ces événements (courriels, mentions sur l'Intranet). Manon, infirmière, estime cependant qu'il est important que ces initiatives s'accompagnent de gestes concrets d'inclusion. Pour elle, cela permettrait d'éviter qu'elles soient perçues comme superficielles. La bonification de politiques institutionnelles pourrait représenter une option dans cette démarche. En effet, Marie-Josée

⁵ Cette initiative a été lancée par la Société de développement commercial du Village, l'Aide aux Trans du Québec et Cossette (Grenier, 2025). Elle vise à rendre visible la DSG et à favoriser un environnement plus inclusif.

(professionnelle en périnatalité) et Emily (infirmière) ont recommandé que certaines politiques existantes, comme celle sur le respect des personnes⁶, précisent explicitement leur application aux personnes de la DSG.

Organisation de la trajectoire de services

Les trajectoires de services du RSSS constituent une autre préoccupation d'importance pour plusieurs personnes usagères et PSSS personnes participantes. La plupart des enjeux et pistes de solutions relevées concernaient plus spécifiquement l'accès aux soins d'affirmation de genre (chirurgie, hormonothérapie, etc.). Un des obstacles mentionnés est lié au manque de services, comme illustré ici par les propos de Charlie, une personne non-binaire lesbienne pansexuelle : « Le mot qui revient depuis tantôt [...] ça serait absence de service ». Quant aux soins d'affirmation de genre existants, il est déploré qu'il soit difficile de trouver des informations claires sur où et comment y accéder. Cette entrave a notamment été soulevée par Philippe, un homme trans gai : « Il y a vraiment beaucoup d'embûches [...]. Les informations, on les trouve pas trop, faut chercher. Faut vraiment faire des recherches vraiment poussées pour trouver des informations, pis faut appeler ». Différents témoignages ont aussi mis en évidence la difficulté pour les personnes usagères de déterminer quelles étapes anticiper dans le continuum de soins, d'autant plus que plusieurs PSSS n'étaient pas en mesure de les renseigner ou de les orienter adéquatement. Les PSSS concerné·es leur auraient explicitement demandé de faire leurs propres recherches de leur côté, ce qui exacerbait leur sentiment d'être perdu·e dans le continuum de services.

À ces entraves s'ajoutent les délais d'attente, que plusieurs personnes TNB ont décrits comme étant très, très longs. Une cause probable tient au fait qu'il a été mentionné que la majorité des médecins de famille, se percevant insuffisamment compétent·es, référaient les requêtes d'hormonothérapie des personnes TNB en seconde ligne (p. ex. endocrinologie). Chloe, une femme trans lesbienne-bisexuelle, déplore cette situation comme les listes d'attente pour ces spécialistes sont excessivement longues :

La majorité du personnel est respectueuse et accepte qu'on existe. Mais ils ne s'y connaissent pas assez et ils ne savent pas trop quoi faire. Donc, ils vont juste nous envoyer aux spécialistes, qui ont tous des listes d'attente souvent très longues [...]. Ils vont envoyer une référence à une clinique qui a peut-être, par exemple, une liste d'attente qui est fermée, ou qui dure comme deux ans. (Chloe, femme trans lesbienne-bisexuelle).

⁶ Ces propos font possiblement référence à des initiatives comme « La campagne Respect » (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2025).

Julien, infirmier, explique que les protocoles d'hormonothérapie sont pourtant, dans bien des cas, comparables à ceux déjà gérés en première ligne (p. ex. ménopause). Alexandre, médecin, explique que ses collègues sont souvent très étonné·es en apprenant cette information :

Mettons en hormonothérapie féminisante, les molécules qu'on utilise, c'est la même affaire qu'en ménopause. Mine de rien, la grosse, grosse, grosse majorité des médecins, ils seront très confortables à manipuler ces hormones-là. Finalement, les gens sont comme: « C'est ça qu'on utilise ? C'est donc bien simple ». (Alexandre, médecin)

Certains témoignages mettent en lumière des entraves supplémentaires. C'est le cas de Camille, une femme trans bisexuelle, qui a mentionné que des délais s'étaient ajoutés à sa trajectoire de soins, puisqu'elle s'était fait exiger une lettre de recommandation pour entamer l'hormonothérapie.

Diverses pistes de solutions ont été proposées pour remédier aux lacunes évoquées au sujet des trajectoires de services. En ce qui concerne la capacité à repérer les soins disponibles, des personnes usagères ont recommandé qu'un site Web soit développé afin d'y présenter les services d'affirmation de genre existants ainsi que le continuum de soins disponible. Les autres recommandations effectuées par les personnes participantes convergeaient autour de deux axes. Le premier, davantage soulevé par des personnes TNB, consiste à renforcer la première ligne. En somme, il a été suggéré de démocratiser les compétences techniques des PSSS face à la prescription d'hormonothérapie, et ce, que ce soit au travers de leur formation initiale ou via des formations continues. Philippe, un homme trans, estime qu'il serait idéal que les pharmacien·nes soient en mesure de prescrire l'hormonothérapie. Cette position résonne avec celle de Florence, médecin, qui juge que l'hormonothérapie ne devrait plus être considérée comme un soin de seconde ligne, mais bien de première ligne :

Pour moi, les soins aux personnes trans et non-binaires, les soins d'affirmation de genre, c'est des soins de base, qui doivent être inclus dans le panier de services de la première ligne. C'est des soins de première ligne. (Florence, médecin)

Des PSSS interviewé·es ont d'ailleurs parlé d'un milieu clinique et de formation en médecine où l'on affectait à chaque résident·e au moins une personne TNB dans sa patientèle. Il a été relevé que ce fonctionnement formait autant les résident·es à offrir des soins préventifs aux patient·es TNB qu'à leur offrir des soins d'hormonothérapie. Il est à noter qu'une pratique similaire a cours en Montérégie, au Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) Charles-Le Moyne, dans le cadre du projet Nuances (Lajeunesse et Roger, 2025).

À titre de centre de soins en diversité sexuelle et de genre, le projet Nuances illustre bien le second axe de solutions qui se dégage des propos des personnes rencontrées. Ces propositions, proposées au sein des deux populations interviewées, consistent à bonifier l'adéquation des trajectoires de services en développant davantage de services exclusivement destinés aux personnes de la DSG. Des PSSS ont suggéré que ces services prennent la forme de cellules

spécialisées aux patientèles 2SLGBTQIA+, intégrées à chaque clinique ou GMF. D'autres PSSS, comme Manon, infirmière, ont plutôt proposé l'ajout de cliniques entièrement dédiées aux personnes de la DSG. Pour Éli, travailleur·se social·e, de telles cliniques devraient offrir des services multidisciplinaires et ne pas exiger d'avoir un·e médecin de famille pour y accéder. Cette proposition semble pertinence à la lumière des résultats d'une autre étude ayant documenté que les personnes TNB présentaient des besoins multiples et diversifiés en matière de soins de santé et de services, notamment en ce qui concerne l'hormonothérapie, la santé mentale, le travail du sexe, la prévention des dépendances ou le dépistage d'ITSS (Everhart et al., 2022). Cette réalité les amène à consulter plusieurs PSSS dans différents établissements, ce qui accroît les risques d'être confrontées à des lacunes de connaissances ou à de la discrimination.

Pour conclure, spécifions que les cliniques spécialisées de dépistage d'ITSS spécialisées pour les gaies, bisexuels et autres hommes ayant des relations avec des hommes (gbHARSAH) étaient particulièrement appréciées chez les personnes usagères concernées. Les entrevues révèlent que la qualité des savoirs (connaissances), des savoirs-être (attitude) et savoirs-faire (compétences techniques organisationnelles) contribue à y instaurer un climat de confiance envers le personnel et les processus administratifs.

Christopher a mis de l'avant les connaissances du personnel face à la PrEP, une médication préventive contre la transmission du VIH. Il a remarqué que, dans d'autres milieux, plusieurs PSSS n'étaient pas familier·ères avec cette médication. Sébastien, pour sa part, a insisté sur la pertinence des démarches administratives et la délicatesse des échanges :

Les cliniques spécialisées, je remarque les bons points qu'ils font et j'apprécie les forces. Les formulaires sont pertinents, sont bien faits, [...] qu'on pose les bonnes questions, qu'on dit : « Est-ce que tu es déjà au courant pour la PrEP ? ». Oui. « Est-ce que tu l'as considéré ? ». OK ou non ? OK. Donc, le bon niveau de questions sans insister, mais toujours en offrant les bonnes informations. (Sébastien, homme cisgenre queer).

D'autres éléments liés au savoir-être ont été valorisés. Ainsi, Christopher apprécie que le personnel de la clinique qu'il a consultée soit également issu de la DSG, ce qui favorise une approche sans jugement, notamment face à ses pratiques sexuelles :

I think all of them members, are LGBT people. So it just completely changes how they talk, the things that they know, because also they have seen... I don't know, it's just things like how many sexual partners you have – the expectations that straight doctor has versus what a gay doctor has is like very different. (Christopher, homme cisgenre homosexuel).

Cette approche sans jugement revêt une importance critique pour Christopher, qui rapporte avoir été jugé à plusieurs reprises dans le RSSS en raison de son homosexualité, au point d'éviter de recourir aux services offerts. Il a aussi souligné que les PSSS de la clinique spécialisée pour gbHARSAH qu'il a consultée ont démontré une expertise approfondie des

pratiques sexuelles et des risques associés aux ITSS : “*They're more aware of what's happening, what's currently relevant to the practices and the risks that you encounter now*”. Ce constat rejoint l’expérience de Jean-François, qui raconte avoir vécu trois mois d’inquiétude après un diagnostic erroné d’herpès. Ce n’est qu’en consultant une clinique d’ITSS spécialisée pour gbHARSAH qu’il a appris qu’il s’agissait simplement d’une infection fongique, ce qui lui a procuré un soulagement intense.

Conclusion

Ce rapport a permis de présenter les résultats préliminaires du volet qualitatif du projet « Mapping des besoins en matière d’adéquation des interventions et services offerts aux personnes de la diversité sexuelle et de genre en Montérégie et à Montréal ». Ce projet croise la perspective de PSSS de professions variées des CISSS de la Montérégie et des CIUSSS de Montréal avec celle des personnes usagères issues de la DSG fréquentant ces établissements, afin d’évaluer les besoins d’adéquation des services et de formuler des recommandations concrètes pour promouvoir un accès respectueux et inclusif des personnes de la DSG.

L’une des forces du présent projet repose sur son échantillon qualitatif substantiel de personnes participantes ($n = 47$) provenant de deux régions différentes (Montérégie et Montréal) a été constitué. Cet échantillon constitue un apport significatif aux connaissances actuelles, puisque les recherches antérieures sur la DSG dans le domaine de la santé et des services sociaux se sont rarement appuyées sur la perspective et les besoins des PSSS. Une autre force de l’étude repose sur le fait qu’une portion importante des PSSS interviewé·es est elle-même issue de la DSG, ce qui leur confère une compréhension privilégiée des réalités et besoins de cette patientèle. Cette caractéristique de notre échantillon souligne aussi la pertinence de poursuivre la recherche auprès de PSSS potentiellement moins proches ou moins familiar·ères avec ces enjeux (p. ex. des PSSS hétérosexuelles et cisgenres). Ces groupes pourraient être susceptibles d’avoir des besoins complémentaires en matière d’adéquation des services.

Quant aux résultats préliminaires présentés dans le rapport, ils mettent en lumière des enjeux touchant autant les communications orales et écrites que la conception des environnements et l’organisation des trajectoires de services. Ensemble, ils révèlent un besoin de pratiques et de processus encore plus inclusifs, affirmatifs, compétents et accessibles. L’analyse croisée des perspectives de personnes usagères et des PSSS montre des convergences significatives, tant sur les obstacles rencontrés que sur les solutions envisageables. Certaines pratiques inspirantes sont déjà implantées dans des CISSS et CIUSSS. Les nombreuses pistes de solutions documentées gagneraient à être mises en valeur et intégrées à plus grande échelle dans le RSSS.

Les témoignages des PSSS soulignent leur conscience des lacunes en matière de formation continue et d’outils de pratique, ainsi que leur besoin d’une structure qui les soutient à ce sujet. La formation continue apparaît comme une voie privilégiée pour transmettre des savoirs essentiels, notamment en matière de communication inclusive envers les personnes de la DSG. Les connaissances issues du projet Mapping constituent un levier stratégique pour concevoir des formations et outils pratiques adaptés. Elles offrent également une base solide pour co-construire des politiques, des environnements et des trajectoires de services qui répondent de manière plus adéquate aux besoins des personnes de la DSG, contribuant ainsi à un RSSS plus équitable et inclusif. C’est dans cette perspective que les résultats du présent rapport seront

mis à profit dans une initiative d'application des connaissances, allant de la réflexion collective à la mise en œuvre d'outils et de formations concrètes, au sein des CISSS de la Montérégie.

Enfin, nos résultats montrent que les services spécialisés répondent généralement bien aux besoins identifiés. Leur pérennité dépend toutefois fortement des choix de financement et des orientations politiques (La Presse, 2025; Radio-Canada, 2025). Il est donc essentiel de mettre en place des mécanismes durables pour soutenir et rendre pérennes ces services qui fonctionnent bien, afin que les avancées observées ne soient pas compromises par des contraintes budgétaires ou organisationnelles.

Références

- Blais, M., Philibert, M., Samoilenko, M., Latour, A.-C., Galantino, G. J. et Chamberland, L. (2022). *Bien-être et inclusion des personnes LGBT+ au Québec : Une analyse secondaire de données d'enquêtes populationnelles et d'échantillons de volontaires.* https://chairedspg.uqam.ca/wp-content/uploads/2022/04/Rapport_Bien-Etre_WEB_FINAL.pdf
- Bastien Charlebois, J. (2011). Au-delà de la phobie de l'homo : quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité. *Reflets*, 17(1), 112-149. <https://doi.org/10.7202/1005235ar>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M. et Boyce, M. (2009). “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Braun, V., et Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis A Practical Guide*. Sage publications.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (2025). *La campagne Respect*. <https://www.ciusscentreouest.ca/a-propos-du-ciuss/mission-valeurs-et-code-dethique/la-campagne-respect>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (2025). *Le réseau d'Éclareurs*. <https://www.ciusscentreouest.ca/programmes-et-services/sante-mentale-et-dependance/services-en-sante-mentale-et-dependance/le-reseau-declareurs>
- Dorlin, E. (2006). Pour une épistémologie historique du sexe. *GREPH*, 3, 8-19.
- Femmes et Égalité des genres Canada. (2024). *Faits, statistiques et impact : Communautés 2ELGBTQI+*. <https://www.canada.ca/fr/femmes-egalite-genres/sois-toi-même/action-fédérale-communautés-2elgbtqi/faits-statistiques.html>
- Everhart, A. R., Boska, H., Sinai-Glazer, H., Wilson-Yang, J. Q., Burke, N. B., LeBlanc, G., Persad, Y., Ortigoza, E., Scheim, A. I. et Marshall, Z. (2022). ‘I’m not interested in research; I’m interested in services’: How to better health and social services for transgender women living with and affected by HIV. *Social Science & Medicine*, 292.
- Foronda, C., Baptiste, D.-L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217.
- Goetz, T. G. et Arcomano, A. C. (2023). “X” marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(3), 304-318. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572>

- Goldhammer, H., Maston, E. D., Kissock, L. A., Davis, J. A. et Keuroghlian, A. S. (2018). National findings from an LGBT healthcare organizational needs assessment. *LGBT Health*, 5(8), 461-468.
- Gonzales, G., Przedworski, J. et Henning-Smith, C. (2016). Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States : Results From the National Health Interview Survey. *JAMA Internal Medicine*, 176(9), 1344-1351. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.3432>
- Gouvernement du Québec. (2023). *Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003570/>
- Grenier (2025, 31 juillet). *Cossette, la SDC du Village et ATQ luttent contre la transphobie*. <https://www.grenier.qc.ca/actualites/50216/cossette-la-sdc-du-village-et-atq-luttent-contre-la-transphobie>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 US transgender survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts-Full-Report-Dec17.pdf>
- Klein, E. W., & Nakhai, M. (2016). Caring for LGBTQ patients: methods for improving physician cultural competence. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(4), 315324.
- Holt, N. R., Eldridge-Smith, E. D., Griffin, J. A., Stepleman, L. M., Drescher, C. F. et Casanova, T. (2023). Differences in health care access, utilization, and experiences among LGBTQ+ subgroups in the Southern United States. *Family & Community Health*, 46(1), 58-68.
- Lajeunesse J. et Roger. A. (2025). *Projet Nuances : Un centre de soins en diversité sexuelle et de genre démocratisant les connaissances*. <https://www.linkedin.com/in/judith-lajeunesse-523366237/recent-activity/all/>
- La Presse. (2025, 21 novembre). *L'avenir de cliniques de dépistage des ITSS compromis*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2025-11-21/loi-2/l-avenir-de-cliniques-de-depistage-des-itss-compromis.php>
- Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., & Janis, R. A. (2019). Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *Journal of counseling psychology*, 66(4), 385.
- Lévesque, Fanny (2021, 27 septembre). La formation obligatoire se donne au compte-gouttes. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-27/realites-autochtones/la-formation-obligatoire-se-donne-au-compte-gouttes.php>

Le lien (2025, 24 janvier). Connaissez-vous le réseau des veilleurs ? <https://lelien.santesaglac.gouv.qc.ca/2025/01/24/connaissez-vous-le-reseau-des-veilleurs/>

Lim, F. A., Brown Jr, D. V., & Kim, S. M. J. (2014). Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: A review of best practices. *The American Journal of Nursing*, 114(6), 24-34.

Lovejoy, C., Fitzgerald, L. et Mutch, A. (2023). Understanding access to healthcare for gender diverse young people: A critical review of the literature. *Culture, Health & Sexuality*, 25(1), 18-32. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.2017486>

Portail Santé Montérégie (s.d.). Le réseau d'éclaireurs. <https://www.santemonteregie.qc.ca/centre/le-reseau-declareurs>

Radio-Canada. (2025, 12 novembre). Une clinique de Montréal ferme ses portes en blâmant la loi 2. *ICI Radio-Canada.ca*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2207316/clinique-agora-montreal-fermeture-loi-medecins-dube>

Rhoten, B., Burkhalter, J. E., Joo, R., Mujawar, I., Bruner, D., Scout, N., & Margolies, L. (2022). Impact of an LGBTQ Cultural Competence Training Program for Providers on Knowledge, Attitudes, Self-Efficacy, and Intentions. *Journal of Homosexuality*, 69(6), 1030-1041.

Rosenblatt, P. C. (2016). Cultural competence and humility. In D. L. Harris & T. C. Bordere (Eds.), *Handbook of social justice in loss and grief exploring diversity, equity and inclusion* (pp. 67-74). Routledge.

Thorne, S. E. (2016). *Interpretive description : qualitative research for applied practice* (Second ed.). Routledge.

Tour de l'Est : Magazine du CISSS de la Montérégie-Est (2022). *Sensibilisation aux réalités autochtones : une formation obligatoire pour tous*. <https://letourdelest.ca/sensibilisation-aux-realites-autochtones-une-formation-obligatoire-pour-tous/>

Walsh, R. J., Krabbendam, L., Dewinter, J. et Begeer, S. (2018). Brief Report : Gender Identity Differences in Autistic Adults: Associations with Perceptual and Socio-cognitive Profiles. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4070-4078. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3702-y>

Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M.-C., Allison, C. et Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nature Communications*, 11(1), 3959. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>

Silverman, M. et Baril, A. (2022). Transer la démence : Repenser la contrainte à la continuité biographique en théorisant le cisisme et la cismoréativité. *Aequitas: Revue de développement humain, handicap et changement social*, 28(1), 35-54.
<https://doi.org/10.7202/1089855ar>

Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., Donisi, V., Niedzwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A., Amaddeo, F. et Health4LGBTI Network (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974–980.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>