



Les soins de santé mentale pour les personnes qui s'identifient comme étant bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et/ou queer (2SLGBTQ+)

Albina Veltman, MD, FRCPC¹; Tara La Rose, PhD, RSW²; Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC³

Le présent énoncé de principe a été révisé par le Comité des normes et de la pratique professionnelles (NPP) de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et approuvée par le Conseil d'administration le 13 février 2023. L'énoncé de principe original a été élaboré par le NPP et approuvé par le Conseil d'administration le 22 avril 2014.

Introduction

Cet énoncé de principe répond au besoin qui incombe aux psychiatres d'accroître leur compréhension des besoins de santé mentale des personnes qui s'identifient comme étant 2SLGBTQ+ (bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer et autres orientations sexuelles minoritaires et identités de genre) en mettant l'accent sur le besoin d'une approche plus détaillée des soins pour les personnes transgenres et de diversité de genre. Bien que l'Association des psychiatres du Canada (APC) ait adopté une position ferme en revendiquant la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le plaidoyer anti-stigmatisation portait plus significativement sur les personnes souffrant de maladie mentale. Ce faisant, toutefois, l'APC a reconnu la stigmatisation et la discrimination ayant cours dans la société et basés sur plusieurs facteurs dont le sexe, le genre, la race, l'orientation sexuelle et la religion.¹ La

psychiatrie a, au cours de l'histoire, confondu les identités 2SLGBTQ+ avec la maladie mentale et a ainsi contribué à la stigmatisation et à la discrimination auxquelles font face les personnes qui s'identifient comme étant 2SLGBTQ+, ce qui affecte non seulement leur santé mentale mais également leur accès à des soins de santé mentale appropriés.²

Contexte

En 1973, après nombre de débats, délibérations et une forte pression politique et sociale, l'American Psychiatric Association (APA) a retiré le diagnostic d'homosexualité du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), Deuxième Édition^{3,4} et a publié un énoncé de principe à l'appui des droits civiques des gais et lesbiennes.⁵ Depuis ce temps, toutes les grandes organisations professionnelles de santé mentale ont publiquement affirmé que l'homosexualité n'est pas un

¹ Présidente associée, Équité Diversité Inclusion et réconciliation autochtone et professeure agrégée, département de psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada

² Professeure agrégée, École de travail social, Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada

³ Professeur, département de psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada

© Association des psychiatres du Canada, 2023. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit intégralement ou en partie sans l'autorisation écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité approprié de l'APC. Veuillez adresser toute correspondance ou demande au Président, Association des psychiatres du Canada, 141 avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa, ON K1P 5J3; president@cpa-apc.org. No de Référence 2014-55-R1.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principes, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

trouble mental. Cependant, la controverse demeure au sujet de l'inclusion continue de la dysphorie de genre^{6,7} dans le DSM-5 (auparavant le trouble de l'identité de genre⁸⁻¹⁰ dans le DSM-IV). Nombre de professionnels de la santé qui travaillent avec des personnes s'identifiant comme transgenres font valoir que ce diagnostic devrait être retiré du DSM parce qu'il pathologise les identités transgenres, alors que d'autres croient que le diagnostic devrait demeurer dans le DSM afin d'assurer l'accès continu au traitement médical approprié (l'accès aux hormones et/ou chirurgies de confirmation de genre) pour les personnes transgenres.^{6-8,10} La « Déclaration de principe sur la discrimination contre les personnes transgenres ou de diversité de genre », publiée par l'APA en juillet 2012 et réapprouvée en 2018, énonce « qu'être transgenre ou de variance de genre n'implique aucune altération du jugement, de la stabilité, de la fiabilité ou des capacités sociales ou professionnelles générales; cependant, ces personnes font souvent l'expérience de la discrimination en raison de l'absence de protection des droits civiques pour l'expression de leur identité de genre^{11, (p1)} ».

Même si le DSM-5 inclut encore la dysphorie de genre dans sa liste de troubles mentaux, le Manuel de classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11) a retiré le terme « transsexualisme » (précédemment inclus au chapitre sur les troubles mentaux) et l'a remplacé par « incongruence de genre » (dans un nouveau chapitre intitulé « conditions liées à la santé sexuelle »).¹² La plupart des personnes transgenres voient ce changement dans le CIM-11 comme un progrès marquant, qui assure l'accès aux traitements de transition médicale si désirés, tout en dépathologisant les identités transgenres en déplaçant « l'incongruence de genre » hors du chapitre sur les troubles mentaux.¹³

Discussion

Les statistiques démographiques des identités 2SLGBTQ+ varient selon la définition utilisée. La plupart des études dans le monde estiment qu'entre 2 à 14 pour cent de la population s'identifie comme étant 2SLGBTQ+.^{14,15} Au sein de la population hétérogène, l'expérience de chaque membre individuel de la communauté 2SLGBTQ+ varie largement selon de nombreux facteurs potentiellement intersectionnels, notamment la capacité, l'âge, le sexe, le genre, le groupe ethnoracial, la nationalité, la religion, le statut socio-économique, l'emplacement géographique et d'autres facteurs. Toutefois, les minorités sexuelles et de genre ont en commun que les expériences d'oppression individuelle et systémique (stresse minorité) peuvent

souvent menacer leur santé et leur bien-être.² Les antécédents de discrimination et de la honte qui y est associée concernant les identités 2SLGBTQ+ ont fait en sorte que nombre de professionnels de la santé, dont les professionnels de la santé mentale, sont mal informés des enjeux des 2SLGBTQ+ et ne sont pas familiers de la terminologie appropriée ni du langage acceptable.^{2,16}

L'orientation sexuelle et l'identité de genre peuvent être mieux comprises en considérant qu'elles existent sur un continuum.¹⁷ L'orientation sexuelle désigne la façon dont une personne se pense elle-même relativement à l'attraction émotionnelle, romantique, ou sexuelle, au désir ou à l'affection qu'elle ressent pour une autre personne.¹⁷ Il est très important de noter, toutefois, que le comportement sexuel n'est pas toujours congruent avec l'orientation ou l'identité sexuelle. Par exemple, une personne qui a des relations sexuelles avec des hommes et des femmes peut ne pas s'identifier comme « bisexuelle ». L'identité de genre est le sens intérieur et psychologique qu'a une personne d'être de genre féminin, de genre masculin, les deux, hors de ces deux catégories ou d'aucun genre.¹⁸ Il faut aussi noter que l'identité de genre d'une personne est totalement indépendante de son orientation sexuelle. Par exemple, nonobstant qu'une personne s'identifie comme étant cisgenre, transgenre, non-binaire (ou toute autre identité de genre), elle peut s'identifier comme ayant n'importe quelle orientation sexuelle. Un glossaire à la fin de ce document offre des informations additionnelles sur les termes utilisés dans cette déclaration de principe et d'autres termes importants liés aux enjeux 2SLGBTQ+.^{18,19}

La stigmatisation et la discrimination basées sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre ont un effet négatif énorme sur la santé mentale des personnes 2SLGBTQ+.^{20,21} Les agressions sexuelles et physiques sont aussi des facteurs de risque pour les problèmes de santé mentale, tout comme l'intimidation pour les jeunes.²² Les risques pour les jeunes 2SLGBTQ+ peuvent être réduits grâce à l'acceptation de la famille et la connexion avec d'autres jeunes 2SLGBTQ+.²²⁻²⁵ En fait, les jeunes LGBT qui viennent de familles où le rejet est fort sont trois fois plus susceptibles d'avoir tenté de se suicider que leurs camarades LGBT qui n'ont déclaré que des niveaux absents ou faibles de rejet de la famille.²⁴ Dans une étude menée en Ontario, un stupéfiant 77 pour cent des personnes qui s'identifiaient comme transgenres déclaraient avoir sérieusement considéré le suicide à un moment de leur vie, 43% ont rapporté avoir fait une tentative de suicide à un moment de leur vie et 10 pour cent ont dit avoir tenté de se suicider dans la dernière année.^{26,27} Dans une étude panafricaine de 2873 personnes trans et non-binaire de 14 ans et plus, un

participant sur trois a déclaré avoir songé au suicide dans la dernière année et un participant sur 20 a dit avoir tenté de se suicider dans la dernière année.²⁸ Dans le plus vaste sondage jusqu’ici de personnes de genre variant et transgenres ($N=6\,450$), 41 pour cent ont déclaré avoir tenté de se suicider à un moment de leur vie.²⁹ Une méta-analyse récente³⁰ a démontré que les personnes qui s’identifiaient comme lesbiennes, gaies ou bisexuelles étaient plus à risque de troubles mentaux que les personnes qui s’identifiaient comme hétérosexuelles dans toutes les catégories diagnostiques investiguées (c.-à-d., dépression, trouble lié à la consommation d’alcool, troubles anxieux et suicidalité). Le risque de dépression et de suicidalité était plus élevé chez les personnes qui s’identifiaient comme bisexuelles comparativement aux personnes lesbiennes et gaies.³⁰

La marginalisation et la discrimination éprouvées par les personnes 2SLGBTQ+ contribuent également aux obstacles freinant l'accès aux services de santé et de soutien.^{20,31,32} Parmi ces obstacles on retrouve un manque de connaissances et de compétences appropriées au sujet de la santé des personnes 2SLGBTQ+ par les professionnels de santé.³³⁻³⁷ Nombre de personnes 2SLGBTQ+ craignent et évitent les milieux de la santé traditionnels pour se protéger de dommages mentaux ou physiques de la part de soignants potentiellement homophobes.^{38,39} Les expériences négatives avec des professionnels de la santé après avoir révélé son orientation sexuelle, comme quand le professionnel est visiblement mal à l'aise, que son langage est insultant ou abusif, que ses examens sont physiquement brutaux ou abusifs, ou refuse carrément des soins, façonne le recours futur à des soins de santé.³⁹ Les thérapies « réparatrice » ou de « conversion », composées de traitements pseudo-scientifiques qui visent à changer l'orientation sexuelle d'une personne homosexuelle à hétérosexuelle ou l'identité de genre de transgenre à cisgenre, sont mondialement controversées. En 2000, l'APA⁴⁰ a condamné :

tout traitement psychiatrique, comme la thérapie de réparation ou de conversion qui est basée sur l'hypothèse que l'homosexualité en soi est un trouble mental ou sur l'hypothèse a priori que le/la patient-e devrait changer son orientation sexuelle... Les praticiens éthiques évitent les tentatives de changer l'orientation sexuelle des personnes.^{40(p. 1 et 4)}

Plus récemment, en 2020, l'APA a publié une déclaration de principe⁴¹ qui comportait ce qui suit : « Les efforts en vue de changer l'orientation sexuelle ou l'expression de genre d'une personne se sont révélés

nuisibles et potentiellement mortels. » La déclaration se poursuit avec l'affirmation suivante :

L'APA condamne toute pratique visant à changer l'orientation sexuelle ou l'expression de genre d'une personne sous forme de thérapie de conversion, ou de tout autre type de thérapie semblable, comme étant inacceptable éthiquement et moralement, et en outre, ces pratiques représentent un risque significatif de préjudice en soumettant les personnes à des formes de traitement qui n'ont pas été scientifiquement validées.^{41, p.1}

Pour les personnes transgenres, le manque d'accès à des traitements affirmatifs comme le traitement hormonal et chirurgical peut avoir un effet négatif sur leur santé mentale.⁴²⁻⁴⁴ Un examen des lignes directrices de la pratique pour les personnes transgenres excède la portée de cette déclaration de principe, mais ces types de lignes directrices sont publiés et les cliniciens y ont accès.⁴⁴⁻⁴⁷ L'Association canadienne de protection médicale,⁴⁸ l'American Psychological Association⁴⁹ et l'APA⁵⁰ ont toutes publié des énoncés ou des politiques identifiant l'importance cruciale de l'accès aux soins pour les personnes transgenres et de genre variant.

Changer les orientations, changer des vies : la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada⁵¹ et la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : une Perspective jeunesse⁵² discutent de l'importance de prendre en compte les besoins spécifiques de santé mentale liés à l'orientation de genre et sexuelle. Ces documents recommandent précisément une meilleure compréhension des professionnels et du public des différences de santé mentale liées à l'orientation de genre et sexuelle. Ils recommandent aussi spécifiquement d'améliorer la capacité des organisations 2SLGBTQ+ de lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale et de travailler avec les services locaux de santé mentale au soutien de leur communauté.

Les stéréotypes de tous genres peuvent influer sur la façon dont les personnes 2SLGBTQ+ ayant des problèmes de santé mentale sont traitées, tant dans la communauté 2SLGBTQ+ que dans le système de santé mentale. Les personnes qui s'identifient comme 2SLGBTQ+ et qui souffrent par ailleurs de problèmes de santé mentale vivent souvent une double stigmatisation ou une double aliénation qui provoquent un sentiment de n'être acceptées ni au sein de la communauté de santé mentale en raison de leurs identités 2SLGBTQ+ ni dans la communauté 2SLGBTQ+ à cause de leurs problèmes de santé mentale.⁵³

Recommandations

L'APC affirme ce qui suit :

1. L'APC s'oppose à toute discrimination publique et privée basée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, et l'expression de genre, et soutient l'abrogation des lois et politiques discriminatoires.
2. L'APC soutient l'adoption des lois et des politiques qui protègent les droits, prestations légales et priviléges de toutes les personnes quelle que soit leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leur expression de genre.
3. L'APC soutient la prestation de soins médicaux et de santé mentale de grande qualité à toutes les personnes et par conséquent, attend de toutes les psychiatres qu'ils et elles dispensent un traitement approprié et non discriminatoire à toutes les personnes, quelle que soit leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leur expression de genre.
4. L'APC soutient les efforts pour fournir des environnements sûrs et sécuritaires aux personnes qui s'identifient comme étant transgenres ou de genre variant ou de genre non conforme dans des milieux institutionnels, comme des milieux de vie avec services de soutien, des établissements de soins de longue durée, des maisons de soins infirmiers, des établissements de traitement, des refuges et des prisons. L'APC soutient également un traitement approprié dans des milieux institutionnels pour les personnes de toutes les identités et les expressions de genre, y compris les thérapies d'affirmation de genre et les thérapies liées à la transition.
5. L'APC soutient les efforts visant à fournir des environnements éducatifs sûrs et sécuritaires à tous les niveaux de l'éducation, ainsi que des environnements de placement familial et des programmes de justice pour mineurs qui favorisent une compréhension et une acceptation de toutes les jeunes, quelle que soit leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leur expression de genre.
6. L'APC reconnaît l'efficacité, le bénéfice et la nécessité médicale des traitements de transition de genre pour les personnes évaluées de façon appropriée et demande aux régimes d'assurance-santé provinciaux de couvrir ces traitements médicalement nécessaires, y compris les frais de déplacement associés aux rendez-vous et aux chirurgies requis.^{44,54}
7. L'APC soutient la formation des résidents en psychiatrie et des psychiatres sur la façon d'explorer les perceptions des patient·es de leur orientation sexuelle, de leur identité

Tableau 1. Créer un espace positif.

Créer un espace positif

- Utiliser un langage inclusif dans les entrevues et les formulaires d'admission.
- Utiliser les termes utilisés par votre patient·e, notamment leurs prénom d'usage et pronoms choisis.
- Ne faire aucune supposition au sujet de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre d/de la patient·e.
- Afficher des affiches/dépliants/panneaux inclusifs des personnes et enjeux 2SLGBTQ+.
- Offrir des toilettes non-genrées.
- Afficher une politique non discriminatoire qui inclut l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre.
- Accepter et célébrer la diversité.

de genre et de leur expression de genre à l'aide de questions 2SLGBTQ+ inclusives et de langage inclusif du genre. L'APC soutient également la formation de toutes les résident·es en psychiatrie et des psychiatres sur le potentiel de disparités des soins de santé mentale dans les communautés 2SLGBTQ+ et sur certains enjeux spécifiques au travail auprès des personnes qui s'identifient comme étant 2SLGBTQ+ (p. ex., l'homophobie et la transphobie, le rejet de la famille et le processus de « coming out »).

8. L'APC soutient les psychiatres qui évaluent et agissent sur les déterminants sociaux de la santé avec toutes leurs client·es/patient·es, y compris celles et ceux qui s'identifient comme étant 2SLGBTQ+, étant donné que les écarts dans ces domaines affectent de façon disproportionnée les résultats de santé et l'accès aux soins de cette population.^{44,54,55}
9. L'APC s'oppose à l'utilisation de thérapie « réparatrice » ou de conversion, étant donné qu'une telle thérapie est basée sur l'hypothèse que les identités 2SLGBTQ+ indiquent un trouble mental et/ou l'hypothèse que la personne pourrait et devrait changer son orientation sexuelle et/ou leur expression ou identité de genre. L'APC demande à tous les niveaux de gouvernement de légiférer contre ces « thérapies » car elles sont nuisibles et immorales.
10. L'APC encourage les cabinets de médecins, les facultés de médecine, les hôpitaux et les cliniques d'élargir toute politique ou déclaration de non-discrimination pour inclure l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre.
11. L'APC encourage l'usage d'un langage respectueux et approprié avec toutes les patient·es 2SLGBTQ+ et encourage spécifiquement d'utiliser le prénom d'usage et les pronoms choisis du/de la patient·e.
12. L'APC encourage la création d'un environnement accueillant et affirmatif pour les personnes

2SLGBTQ+ en créant un espace bureau et/ou une unité hospitalière qui affirme l'identité des personnes (p. ex., en utilisant un langage inclusif de genre sur les formulaires et en offrant des toilettes non genrées si possible). Veuillez consulter le Tableau 1 pour plus de suggestions afin de créer un espace positif.

Glossaire

Les définitions et termes suivants peuvent être utilisés différemment par différentes personnes de différentes régions et ne sont pas standardisés. Ils proviennent de plusieurs sources,^{19,56,57} et il est reconnu qu'ils changeront au fil du temps comme la pensée, les attitudes et le discours sur les enjeux 2SLGBTQ+ vont continuer d'évoluer.

AFAN/AMAN : Acronyme signifiant « assigné féminin à la naissance/assigné masculin à la naissance ».

Allié : Quelqu'un qui soutient et plaide en faveur des membres d'une communauté autre que la sienne, transcendant les différences afin d'améliorer les droits 2SLGBTQ+.

Asexuel : Parfois abrégé « ace », asexuel désigne une personne ayant une absence complète ou partielle d'attrance sexuelle ou une absence d'intérêt pour l'activité sexuelle avec autrui. L'asexualité existe sur un spectre où les personnes asexuelles peuvent ne connaître aucune attrance sexuelle ou peu d'attrance ou une attrance conditionnelle.

Biphobie : Une peur irrationnelle et une aversion des personnes bisexuelles. Les personnes bisexuelles peuvent être stigmatisées par les personnes hétérosexuelles de même que par les lesbiennes, les hommes gais et les personnes transgenres.

Bisexuel : Une personne bisexuelle est attirée et peut avoir des relations émotionnelles, romantiques et/ou sexuelles avec des personnes ayant le même genre ou un genre différent du sien. Les personnes qui s'identifient comme étant bisexuelles n'ont pas à avoir une expérience égale — ou des niveaux d'attrance égaux — avec les personnes de divers genres, ni aucune expérience que ce soit : c'est simplement l'attrance et l'auto-identification qui déterminent l'orientation.

Bispirituel : Terme utilisé par certains autochtones nord-américains pour décrire les personnes dans leur culture dont l'esprit est à la fois masculin et féminin. Les personnes qui s'identifient comme étant bispirituelles peuvent aussi s'identifier comme étant gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres, intersex, ou avoir de multiples identités de genre.

Cisgenre : Personne qui par nature ou par choix se conforme au genre qui lui a été assigné à la naissance ou

aux attentes de la société basées sur le sexe (également nommées de genre normatif).

Cisgenrisme : Présumer que chaque personne est cisgenre, donc marginaliser celles qui s'identifient comme étant transgenres d'une certaine façon. Cela consiste également à croire que les personnes cisgenres sont supérieures, à exiger qu'elles correspondent aux attentes traditionnelles basées sur le genre, ou à punir ou exclure celles qui ne se conforment pas aux attentes traditionnelles basées sur le genre.

Coming out : Reconnaître sa propre orientation sexuelle ou son identité de genre et se l'énoncer à soi-même et/ou aux autres. Cela survient souvent dans un moment significatif ainsi que tout au long de sa vie, avec chaque personne à qui l'on choisit de se révéler.

Comportement sexuel : Désigne spécifiquement les actes et pratiques sexuel-les d'une personne. Le comportement sexuel n'est pas nécessairement conforme à l'orientation sexuelle et/ou l'identité sexuelle.

Créatif dans le genre : Parfois dit de « genre non conforme » ou « genre expansif », souvent en référence aux enfants mais pas toujours. Quelqu'un qui est créatif dans son genre rejette les rôles et stéréotypes attendus, exprime une identité de genre différente de celle qui lui a été assignée à la naissance ou qui se définit hors d'une catégorie binaire masculin/féminin.

Discrimination : Comportement ou action négative envers une personne ou un groupe de personnes, fondé sur des préjugés sur les caractéristiques d'une personne ou d'un groupe, comme l'orientation sexuelle, l'identité de genre, ou l'expression de genre.

Expression de genre : La façon dont une personne exprime son identité de genre par ses vêtements, sa coiffure, son maquillage, son comportement, sa posture, ses manières, sa façon de parler, ses activités et plus.

Gai (synonyme : homosexuel) : Une personne dont la principale orientation sexuelle est vers les membres du même sexe ou genre. Une personne de toute identité de genre peut s'identifier comme étant gaie, bien que ce terme soit généralement utilisé par des hommes et que de nombreuses femmes attirées par d'autres femmes préfèrent le terme lesbienne.

Genre non-conforme : Une personne qui ne se conforme pas aux attentes de la société quant à l'expression de genre selon le genre binaire ou les attentes de masculinité ou de féminité.

Genre queer : Une personne qui ressent une sensation très fluide de son identité de genre et qui ne veut pas être contrainte par des concepts absolus. Elle préfère plutôt être ouverte à se résigner sur le continuum du genre.

Hétérosexisme : La supposition que chacun est ou devrait être hétérosexuel et que l'hétérosexualité est

intrinsèquement supérieure et préférable à toutes les autres orientations sexuelles.

Hétérosexuel : Une personne dont l'orientation sexuelle se dirige vers les personnes de la catégorie binaire de genre différente de la sienne. Les personnes hétérosexuelles sont parfois dites « straight ».

Homophobie : La crainte irrationnelle ou la haine ou l'aversion et la discrimination contre les homosexuels ou le comportement homosexuel.

Homophobie ou hétérosexisme institutionnel·le : Désigne les nombreuses façons dont les gouvernements, les entreprises, les institutions religieuses, les institutions éducatives et d'autres organisations créent des politiques et allouent des ressources qui discriminent contre les personnes d'après leur orientation sexuelle.

Homophobie intérieurisée : L'expérience de la culpabilité, de la honte ou de la haine de soi en réaction à ses propres sentiments d'être attiré par une personne du même sexe ou genre comme résultat de l'homophobie sociétale et de l'hétérosexisme.

Homophobie interpersonnelle ou externe : Les expressions ouvertes de biais internes, comme l'évitement social, les insultes verbales, l'humour désobligeant et la violence physique.

Homosexuel : Une personne dont l'attraction émotionnelle, romantique et/ou sexuelle prédominante est vers une personne du même genre que le sien. Comme ce terme est historiquement associé à un modèle médical d'homosexualité, la plupart des personnes préfèrent s'identifier elles-mêmes comme étant gais, lesbiennes ou queers.

Identité de genre : Le sentiment de soi intérieur et psychologique qu'a une personne d'être de genre féminin, masculin, les deux, hors des deux catégories ou daucun genre.

Identité sexuelle : Fait référence à l'identification d'une personne à soi (et aux autres) de son orientation sexuelle. Ce n'est pas nécessairement conforme à l'orientation sexuelle et/ou au comportement sexuel.

Intersex : Une personne qui a un mix de caractéristiques sexuelles physiques et/ou génétiques féminines et masculines. Les personnes intersexes peuvent avoir des organes génitaux externes qui ne ressemblent pas de près aux organes génitaux typiques masculins ou féminins, l'apparence d'organes génitaux féminins et masculins, les organes génitaux d'un genre et les caractéristiques sexuelles secondaires d'un genre différent, ou elles ont un composé chromosomal qui n'est ni XX ni XY. Un ancien terme dépassé était hermaphrodite.

Lesbiennne : Une personne s'identifiant femme dont l'orientation sexuelle est envers les femmes.

Non-binaire : Un terme générique pour les identités de genre qui se situent hors du binaire homme-femme, n'importe où sur le spectre du genre.

Orientation sexuelle : Désigne comment une personne se pense elle-même relativement à l'attraction émotionnelle, romantique ou sexuelle, au désir ou à l'affection qu'elle éprouve pour une autre personne.

Pansexuel : Une personne qui est attirée par d'autres personnes quelque soit leur identité de genre.

Préjugé : Une idée ou attitude injustifiée ou incorrecte à l'égard d'une personne ou d'un groupe de personnes basée uniquement sur leur prétendue appartenance à un groupe social, comme la communauté 2SLGBTQ+.

Privilège hétérosexuel : Les avantages dérivés automatiquement d'être hétérosexuel (ou perçu comme tel) qui sont refusés à toutes les orientations sexuelles non hétérosexuelles.

Queer : Dans l'usage contemporain, queer est un terme générique inclusif, unifiant la revendication socio-politique et l'affirmation de soi qui englobe une vaste série d'expressions sexuelles et de genre, notamment les personnes qui s'identifient comme gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres, intersexes, asexuelles, de genre queer, ou toute autre sexualité non-hétérosexuelle ou identité de genre non conforme. Queer est un terme que s'est réappropriée la communauté 2SLGBTQIA+, auparavant utilisée de manière péjorative. De nombreuses personnes (quoique pas toutes) de la communauté 2SLGBTQ+ le revendent et sont à l'aise de l'utiliser.

Questionnement : Une auto-identification « en questionnement » est utilisée parfois par celles et ceux qui explorent leurs questions personnelles d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre.

Thérapie « réparatrice » ou de « conversion » : Une série de traitements pseudo-scientifiques qui visent à changer l'orientation sexuelle d'une personne de non-hétérosexuelle à hétérosexuelle ou l'identité de genre d'une personne de non-cisgenre à cisgenre.

Traitemennt d'affirmation de genre : Ensemble d'interventions sociales, médicales et chirurgicales par lesquelles l'apparence esthétique, physique d'une personne et/ou l'apparence et la fonction de ses caractéristiques sexuelles existantes peuvent être modifiées pour se rapprocher de celles du sexe ou du genre vers lequel elle effectue la transition.

Transgenre ou trans : Une personne dont l'identité ou l'expression de genre diffère de leur genre assigné à la naissance. Cela sert souvent de terme générique qui inclut les personnes s'identifiant comme étant bispirituelles, genre queer et non-binaires.

Transition : Processus par lequel les personnes transgenres alignent leur anatomie et/ou leur expression de genre avec leur identité de genre.

Transphobie : Peur irrationnelle ou aversion des personnes transgenres.

Variance de genre : Un synonyme de non-conformité de genre. Le terme « genre non-conforme » est souvent préféré à « genre variant » parce que la variance fait référence à une normativité standard de genre.

Bibliographie

1. Abbey S, Charbonneau M, Tranulis C, et coll. Stigmatisation et discrimination. RCP. 2011;56(10):1-9.
2. Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. Pediatr Clin North Am. 2016;63(6):985-997.
3. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. New York (NY): Basic Books; 1981.
4. Drescher J, Merlino JP, dirs. American psychiatry and homosexuality: an oral history. New York (NY): Harrington Park Press; 2007.
5. American Psychiatric Association. Position statement on homosexuality and civil rights [Internet]. Arlington (VA): Author; 1973 [cité 2022 Jan 12]. À l'adresse : bit.ly/41xhc3q.
6. Drescher J. Controversies in gender diagnoses. LGBT Health. 2014;1(10):10-14.
7. DeCuyper G, Knudson G, Bockting W. Response of the world professional association for transgender health to the proposed DSM 5 criteria for gender incongruence. Int J Transgend. 2010;12:119-123.
8. Ault A, Brzuzy S. Removing gender identity disorder from the diagnostic and statistical manual of mental disorders: a call to action. Soc Work. 2009;52:187-189.
9. Davy Z, Toze M. What is gender dysphoria? A critical systematic narrative review. Transgend Health. 2018;3(1):159-169.
10. Ehrbar RD. Consensus from differences: lack of professional consensus on the retention of the gender identity disorder diagnosis. Int J Transgend. 2010;12:60-74.
11. American Psychiatric Association. Position statement on discrimination against transgender and gender variant individuals [Internet]. Arlington (VA): Auteur; 2018 [cité le 12 janvier 2022]. À l'adresse : bit.ly/41BFk59.
12. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) (11^e éd.). 2023 [cité le 12 janvier 2022]. À l'adresse : bit.ly/440hEJ3.
13. Action mondiale pour l'égalité des trans. Déclaration conjointe sur le processus de la CIM-11 pour les personnes trans et de genre divers 24 mai 2019 [cité le 24 juillet 2022]. À l'adresse : <https://gate.ngo/icd-11-trans-process/>.
14. Saewyc E, Poon C, Wang N, et coll. Not yet equal: the health of lesbian, gay, & bisexual youth in BC [Internet]. Vancouver (BC): McCreary Centre Society; 2007 [cité le 12 janvier 2022]. À l'adresse : https://www.mcs.bc.ca/pdf/not_yet_equal_web.pdf.
15. Taylor C, Peter T, McMinn TL, et coll. Every class in every school: the first national climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian schools. Final report. Toronto (ON): Egale Canada Human Rights Trust; 2011.
16. Chambre des Communes. La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada: rapport du Comité permanent de la santé 42^e Parlement, Rapport 28. juin 2019 [cité 24 juillet 2022]. À l'adresse : <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10574595/hesarp28/hesarp28-f.pdf>.
17. Barbara A, Chaim G, Doctor F. Poser les bonnes questions 2 : parler avec les clients de leur orientation et de leur identité sexuelles dans les établissements de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et les cabinets de counseling [Internet]. Toronto (ON): Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2004 [cité le 12 janvier 2022]. À l'adresse : https://store-camh.myshopify.com/products/p167-p170?_pos=1&_sid=a7b8148ce&_ss=1.
18. The Centre. LGTB health matters: an education & training resource for health and social service sectors. [Internet]. Vancouver (BC): Auteur; 2006 [cité le 24 avril 2023]. À l'adresse : <https://rainbowhealth.wpenginepowered.com/wp-content/uploads/2009/05/LGTB-Health-Matters.pdf>.
19. Veltman A, La Rose T. LGBTQ mental health: what every clinician needs to know. Psychiatr Times: Spec Rep Sex Sexual. 2019;36(12):21-23.
20. Mongelli F, Perron D, Balducci J, et coll. Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence. Minerva Psychiatry. 2019;60(1):27-50.
21. Moagi MM, van Der Wath AE, Jiyane PM, et coll. Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: an integrated literature review. Health SA Gesondheid. 2021;26:a1487.
22. Taylor AB, Chan A, Hall SL, et coll. Être en sécurité, être soi-même 2019 : résultats de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans. Vancouver, Canada: Stigmatisation et résilience chez les jeunes vulnérables Centre, Université de la Colombie-Britannique; 2020 [cité le 12 janvier 2022]. À l'adresse : <https://www.saravyc.ubc.ca/2020/03/31/etre-en-securite-etre-soi-meme-2019/>.
23. Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, et coll. Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. Cureus. 2017;9(4):e1184.
24. Ryan C, Russell ST, Huebner D, et coll. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2010;23(4):205-213.
25. Travers R, Bauer G, Pyne J, et coll. Impacts of strong parental support for trans youth: a report prepared for children's aid society of Toronto and Delisle youth services. 2012 Oct 2 [cité le 12 janvier 2022]. À l'adresse : bit.ly/3oGO9Mn.
26. Scanlon K, Travers R, Coleman T, et coll. Les communautés trans en Ontario et le suicide: la transphobie est mauvaise pour notre santé [Internet]. Bulletin électronique de Trans PULSE. 12 novembre 2010 1(2) [cité le 12 janvier 2022]. À l'adresse : <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2010/11/E2French.pdf>.
27. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, et coll. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons : a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. BMC Public Health. 2015;15(S25):1-15.
28. Bulletin électronique de Trans PULSE. Accès à la santé et aux soins de santé pour les personnes trans et non binaires au Canada. 10 mars 2020 [cité le 12 janvier 2022]. À l'adresse : <https://transpulsecanada.ca/fr/results/rapport-1/>.
29. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, et coll. Injustice at every turn: a report of the national transgender discrimination survey [Internet]. Washington (DC): National Center for Transgender Equality and

- National Gay and Lesbian Task Force; 2011 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : bit.ly/41T0Phj.
30. Wittgens C, Fischer MM, Buspavanh P, et coll. Mental health in people with minority sexual orientations: a meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;145(4):357-372.
 31. Steele LS, Daley A, Curling D, et coll. LGBT identity, untreated depression, and unmet need for mental health services by sexual minority women and trans-identified people. *J Womens Health.* 2017 Feb;26(2):116-127.
 32. Smith RW, Altman JK, Meeks S, et coll. Mental health care for LGBT older adults in long-term care settings: competency, training, and barriers for mental health providers. *Clin Gerontol.* 2019;42(2):198-203.
 33. Rowe D, Ng YC, O’Keefe L, et coll. Providers’ attitudes and knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender health. *Fed Pract.* 2017;34:28-34.
 34. Obedin-Maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, et coll. Lesbian, gay, bisexual and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA.* 2011;306:971-977.
 35. Chan B, Skocylas R, Safer JD. Gaps in transgender medicine content identified among Canadian medical school curricula. *Transgend Health.* 2016;1:142-150.
 36. Nama N, Macpherson P, Sampson M, et coll. Medical students’ perception of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) discrimination in their learning environment and their self-reported comfort level for caring for LGBT patients: a survey study. *Med Educ Online.* 2017;22(1):1368850.
 37. Hana T, Butler K, Young T, et coll. Transgender health in medical education. *Bull World Health Organ.* 2021;99(4):296-303.
 38. James SE, Herman JL, Rankin S, et coll. The report of the 2015 US transgender survey. Washington (DC): National Center for Transgender Equality; 2016 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : bit.ly/43XCJ73.
 39. Mahowald L, Gruberg S, Halpin J. The state of the LGBTQ community in 2020: a national public opinion study. Washington (DC): Center for American Progress; 2020 Oct [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : <https://www.americanprogress.org/article/state-lgbtq-community-2020/>.
 40. American Psychiatric Association. Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies) [Internet]. Arlington (VA): Auteur; 2000 Mar [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : bit.ly/41WTLk6.
 41. American Psychiatric Association. Position statement on issues related to sexual orientation and gender minority status. Arlington (VA): Auteur; 2020 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : bit.ly/40CuuKX.
 42. Branstrom R, Pachankis JE. Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: a total population study. *Eur J Public Health.* 2019;29(Supplement 4):727-734.
 43. Almazan AN, Keuroghlian AS. Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surg.* 2021;156(7):611-618.
 44. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et coll. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend.* 2022;23(sup1):S1-S259. À l’adresse : <https://www.wpath.org/soc8>.
 45. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et coll. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(11):3869-3903.
 46. UCSF Gender Affirming Health Program, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people, 2nd edition. Deutsch MB. San Francisco (CA): The Regents of the University of California; Juin 2016 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
 47. Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients. 4th ed. Toronto (ON): Sherbourne Health and Rainbow Health Ontario; 2019 [cité 12 janvier 2022]. À l’adresse : bit.ly/3V0ss65.
 48. CMPA. Treating transgender individuals. 2015/2019 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : bit.ly/3Hb7wnk.
 49. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol.* 2015;70(9):832-864.
 50. American Psychiatric Association. Position statement on access to care for transgender and gender diverse individuals [Internet]. Arlington (VA): Auteur; Juillet 2018 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : <https://www.psychiatry.org/home/policy-finder>.
 51. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada [Internet]. Calgary (AB): Auteur; 2012 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf.
 52. Commission de la santé mentale du Canada. La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : une perspective axée sur les jeunes [Internet]. Ottawa (ON): Auteur; 2016 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2016/07/Youth_Strategy_fr_2019.pdf.
 53. Kidd SA, Veltman A, Gately C, et coll. Lesbian, gay, and transgender persons with severe mental illness: negotiating wellness in the context of multiple sources of stigma. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2011;14(1):13-39.
 54. Lam J, Keating L, Lawford C, et coll. Identifying and intervening on the social determinants of health affecting the mental healthcare of transgender individuals. 2022. Manuscript in preparation.
 55. Nixon SA. The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1637.
 56. Howard S, Saewyc EM, Cameron C, et coll. Promoting 2SLGBTQI+ health equity: best practice guidelines. Toronto, (ON): Best Practice Expert Panel, Registered Nurses’ Association of Ontario; 2021, [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/2SLGBTQI_BPG_June_2021.pdf.
 57. The 519. The 519 glossary of terms [Internet]. Toronto (ON): Auteur; 2020 [cité le 12 janvier 2022]. À l’adresse : <https://www.the519.rg/educationtraining/glossary>.