RÉVISÉ PAR LES PAIRS

Des soins d'urgence accessibles et équitables : vers une approche inclusive des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées

par **Colette Mascle, Renata Fuchs Militzer, Maria Pilar Ramirez Garcia et Marianne Chbat**

Le personnel infirmier d'urgence joue un rôle crucial auprès des personnes soignées et peut influencer de manière significative l'accessibilité aux soins et l'expérience des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées, voire en changer le cours. Cet article vise à enrichir les connaissances du personnel infirmier sur les barrières systémiques et organisationnelles qui freinent l'accès aux soins pour les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées. Il propose également des stratégies concrètes à mettre en œuvre ou à renforcer afin de favoriser un accès équitable et inclusif aux services de santé offerts à ces personnes dans les services d'urgence.

Introduction

L'orientation sexuelle a été officiellement reconnue comme un motif interdit de discrimination en vertu de la loi canadienne en 1996, tandis que l'identité de genre et l'expression de genre le sont depuis 2017 (1). Le Code criminel canadien a aussi été modifié afin de clarifier qu'une infraction motivée par des préjugés ou de la haine fondés sur l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre constituent une circonstance aggravante que le tribunal doit prendre en compte lorsqu'il détermine la peine à infliger (2). Au Québec, ce n'est que depuis 2016 que la Charte des droits et libertés de la personne protège explicitement contre la discrimination fondée sur l'identité ou l'expression de genre (3). Malgré les lois en vigueur, les personnes LGBTQI+ sont encore discriminées (4) et privées de certains droits civils et humains (5), et ce, même dans les établissements de santé, incluant les services d'urgence. Les objectifs de cet article sont de : 1) brosser un portrait des principaux problèmes de santé

des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées au Canada et au Québec ; 2) présenter les barrières pouvant limiter leur accès aux soins d'urgence et proposer des stratégies concrètes pour les surmonter ; 3) illustrer l'intégration de ces stratégies au moyen d'une situation clinique adaptée au contexte d'urgence. Tous ces éléments permettront d'outiller le personnel infirmier pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées dans les services d'urgence.

Clarification quant au choix de certains termes employés dans l'article

Les autrices reconnaissent la pluralité d'orientations sexuelles et d'identités de genre ainsi que l'évolution constante de la terminologie employée au sein de la communauté LGBTQI+ pour représenter cette pluralité. Aux fins du présent article, l'acronyme LGBTQI+ a été retenu pour désigner les personnes des sous-groupes suivants suivants : lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers et intersexuées ainsi que les personnes faisant partie des communautés de la diversité sexuelle et de genre qui utilisent une autre terminologie, telles que les personnes non binaires. De plus, le terme trans sera employé pour désigner toutes les personnes dont l'identité de genre diffère de celle qui leur a été assignée à la naissance, y compris les personnes non binaires. Les autrices reconnaissent toutefois que certaines personnes non binaires s'identifient parfois comme des personnes trans, alors que ce n'est pas le cas pour d'autres. Finalement, étant donné que cet article se concentrera sur les expériences et les besoins de santé des personnes migrantes ou racisées en particulier, nous avons décidé de ne pas inclure l'acronyme 2E (deux esprits), car il fait référence à une identité propre aux peuples autochtones de l'Île de la Tortue (Amérique du Nord). Les personnes migrantes nouvellement arrivées au Québec rencontrent certaines barrières distinctes et les autrices considèrent que ce sont deux réalités qui méritent d'être réfléchies séparément. Le Tableau 1 présente un glossaire des principaux termes employés dans cet article.

Tableau 1. Glossaire

Cis ou cisgenre	Adjectif désignant une personne dont l'identité de genre correspond au genre qui lui a été assigné à la naissance.
Trans ou transgenre	Adjectif désignant une personne dont l'identité de genre est différente du genre qui lui a été assigné à la naissance (notez que le terme est un adjectif : on dit « personne trans » et non pas « un trans »).
Queer	Terme parapluie utilisé par des personnes avec identités diverses, pouvant être employé autant au niveau de l'orientation sexuelle que de l'identité de genre.
Intersexué.e	Adjectif désignant une personne qui présente des variantes au niveau de ses caractéristiques sexuelles à la naissance ne pouvant pas être attribuées au sexe féminin ou masculin uniquement.
Non binaire	Adjectif désignant une personne dont l'identité de genre ne correspond pas à la vision binaire du genre.
Expression de genre	Expression de l'identité de genre, soit par des vêtements, la voix, la coiffure, le maquillage.
Intersectionnalité	Cadre d'analyse qui soutient que les différentes formes d'oppression (tel que le racisme, le sexisme, le classisme, l'homophobie, la transphobie, le capacitisme, etc.) se croisent et s'entrecroisent, produisant des expériences sociales spécifiques qui ne peuvent pas être comprises en examinant chaque rapport de pouvoir séparément.

(Sources : 4,36,43)

Problématiques de santé rencontrées chez les personnes LGBTQI+ migrantes et racisées

Au Canada, la population LGBTQI+ représente 1,3 million de personnes, soit 4,4% de la population canadienne (6). Au Québec, les personnes de plus de 15 ans qui s'identifient comme faisant partie de minorités sexuelles représentent environ 3% de la population et celles qui s'identifient comme faisant partie de minorités de genre représentent 0,14% de la population (7). Parmi ces dernières, 0,09% s'identifient comme étant non binaires (7). D'un autre côté, les personnes migrantes au Canada représentent un quart de la population alors qu'au Québec, elles représentent 14% de celle-ci (7,8). Parmi les lieux de naissance principaux, il y a l'Asie (28%), l'Afrique (23%) et les Amériques (23%) (7,8). L'intersectionnalité des expériences chez les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées n'est pas représentée au niveau statistique au Canada ni au Québec. Selon une étude récente, 20 470 personnes canadiennes immigrantes vivaient avec une personne du même sexe en 2020 en comparaison avec 900 en 2000 (9). Toutefois, cette étude ne spécifie pas si ces ménages s'identifient comme faisant partie de la diversité sexuelle ou de genre. Ces données sont donc présentées pour donner une estimation de cette prévalence (9).

Problématiques de santé physique

En ce qui concerne la santé de cette population, les personnes LGBTQI+ sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé physique que les personnes cisgenres hétérosexuelles (10,11). Au Danemark, une nouvelle enquête conclut qu'il y a une prévalence plus élevée de diabète, d'asthme, de blessures, d'empoisonnements et de douleur chez les hommes trans en comparaison avec les femmes cis (10). Cette même étude indique une prévalence plus élevée d'infection, d'anémie, de diabète, d'apnée du sommeil et de douleur chez les femmes trans en comparaison avec les hommes cis (10). Sur le plan international, plusieurs études, surtout nord-américaines, mettent en évidence des différences, pour certains types de cancers, entre les communautés LGBTQI+ migrantes ou racisées et la population générale (12-15,17). À noter que ces résultats font référence à des populations spécifiques s'intégrant dans le groupe LGBTQI+ et donc que les résultats de ces études doivent être interprétés à l'intérieur de chaque groupe distinct. Par ailleurs, la Société canadienne du cancer a identifié certains groupes comme étant mal desservis en matière de soins liés à la prévention du cancer. Parmi ces groupes, on retrouve les communautés LGBTQI+, ne parlant ni français ni anglais, nouvellement arrivées au Canada ou encore les personnes racisées (19). Une étude canadienne récente indique que les hommes migrants et racisés originaires de l'Afrique de l'Ouest ou des Caraïbes sont plus à risque de développer un cancer de la prostate que le reste de la population (17). En étant alerte à cette réalité, le personnel soignant aux urgences peut intervenir favorablement en appliquant les recommandations émises en matière de dépistage, prévention et promotion de la santé en fonction de la pertinence de la situation clinique. À titre d'exemple, l'examen de la prostate à l'urgence d'une femme trans migrante et racisée originaire d'Afrique de l'Ouest ayant eu recours à une chirurgie d'affirmation de genre des organes génitaux se présentant pour des symptômes du système bas urinaire devrait se faire via le néo vagin et non via le rectum (43).

À l'international, la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les personnes trans est treize fois plus élevée que dans la population générale (19). Au Canada, bien que le nombre de nouveaux diagnostics ait diminué chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) nés au Canada, il a augmenté chez ceux nés à l'extérieur du Canada (18). Au Québec, les HARSAH, les personnes trans et les personnes migrantes ou racisées sont plus touchées par le VIH (4). Le dernier rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) indique que le nombre global de nouveaux diagnostics de VIH au Québec a augmenté de 71.5% entre 2021 et 2022 et que 45.7% des nouveaux diagnostics ont été posés auprès des personnes en provenance d'un pays dont le VIH est endémique (18). La forte prévalence du VIH auprès de ces communautés pourrait s'expliquer notamment par la discrimination, la pauvreté, un manque d'éducation en santé sexuelle et un accès réduit à des soins de santé axés sur la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (20). Dans ce contexte, certaines personnes peuvent se présenter à l'urgence pour obtenir une prophylaxie post-exposition et réaliser un dépistage d'ITSS. Cette réalité s'explique par la difficulté à accéder aux services de première ligne et par l'urgence d'agir après une exposition à risque, le délai recommandé pour initier le traitement étant de seulement 2 à 48 heures (21).

Problématiques de santé mentale et sociales

Les problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété, les symptômes dépressifs, les idéations et conduites suicidaires, la consommation de drogues ou d'alcool sont également plus prévalents chez les personnes LGBTQI+ (4,5). Certains facteurs peuvent contribuer à cette prévalence élevée, comme entre autres l'incidence accrue de violences sexuelles et conjugales, l'intersection des oppressions et le stress minoritaire (4,22). Pour leur part, les personnes migrantes ou racisées, dont les communautés africaines, caribéennes et noires du Canada, ont des expériences avec le suicide qui diffèrent de celles vécues par les personnes blanches d'origine canadienne (23). Puisque le personnel infirmier à l'urgence est régulièrement appelé à repérer et intervenir auprès des personnes avec des idéations et conduites suicidaires, il doit reconnaitre les personnes à risque et les spécificités d'intervention auprès de ces collectivités (24).

L'homophobie, la biphobie et la transphobie augmentent les risques d'itinérance chez les personnes LGBTQI+. Entre 15 et 30% de jeunes et 10 à 30% d'adultes en situation d'itinérance s'identifient aux communautés LGBTQI+ (25). D'autres facteurs structurels, comme le racisme systémique, sont associés à une plus grande précarité des personnes migrantes et racisées qui sont plus à risque de se retrouver en situation d'itinérance (25). Des obstacles directs, comme les discriminations exercées par les propriétaires envers les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées, limitent de façon importante l'accès au logement de cette population (25). Des données récentes indiquent que 93 % des personnes en situation d'itinérance hospitalisées ont été admises via les services d'urgence (26). Le personnel infirmier sera inévitablement en contact avec des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées en situation d'itinérance et devra adapter leurs interventions en fonction de leurs réalités propres (26).

Barrières d'accès aux soins

Lorsque les barrières d'accès aux soins des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées ne sont pas examinées ni reconnues, elles peuvent nuire à la relation de confiance entre la personne soignée et la personne soignante, compromettre la communication clinique et mener à des sentiments de dévalorisation, alimentant ainsi une méfiance envers le système de santé dans son ensemble (31,32). Les barrières d'accès aux soins de santé seront présentées en deux catégories : systémiques et organisationnelles.

Barrières systémiques

L'une des barrières systémiques auxquelles les personnes LGBTQI+ sont confrontées aux urgences est l'environnement de soins parfois peu ouvert à la diversité. De plus, les dossiers des personnes soignées ne permettent pas de documenter la diversité de genre (4). Très souvent, seuls le sexe assigné à la naissance et le prénom légal y sont inscrits, sans considération pour l'identité de genre et le prénom choisi de la personne. À ce propos, il est important de souligner qu'une personne trans peut demander une modification légale de son sexe sur ses papiers d'identité afin que celui-ci concorde avec son identité de genre. Toutefois, certaines personnes hésitent ou refusent d'effectuer les démarches pour ne pas courir le risque d'être persécutées en cas de déplacement hors Canada. De plus, ce processus s'avère plus complexe, voire impossible pour les personnes avec un statut migratoire précaire telles que les personnes demandeuses d'asile. Pour permettre une meilleure intégration des différentes notions discutées dans cet article, voici une situation clinique intégratrice, présentée en quatre parties distinctes.

CAS CLINIQUE
PARTIE 1

Vous travaillez à l'urgence. Des membres du personnel paramédic arrivent avec une personne sur civière. Ils vous rapportent que la personne a été victime d'une agression présumée dans un parc et qu'elle a de multiples blessures sur le corps. Après une évaluation primaire, vous constatez que la personne n'est pas dans un état critique. Celle-ci vous remet un document qui indique qu'elle est couverte par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Sur le document on peut lire que le sexe de la personne est masculin, qu'elle a 36 ans et qu'elle est une personne demandeuse d'asile d'origine indienne. Vous lui souriez et vous vous présentez en nommant votre prénom et vos pronoms. Souhaitant appliquer une approche trans affirmative, vous demandez à la personne le prénom et les pronoms qu'elle utilise pour se désigner. Vous lui mentionnez également qu'elle n'est pas dans l'obligation de répondre à ces questions et qu'il s'agit d'une question générique que vous posez à toutes les personnes soignées. La personne parle anglais et vous dit qu'elle s'appelle Priya et utilise les pronoms féminins. Vous consignez alors ces informations dans son dossier. Priya vous tend un sac contenant ses médicaments. Priya vous confirme qu'elle a débuté un processus médical d'affirmation de genre et qu'elle utilise une prophylaxie préexposition pour le VIH de façon intermittente, qu'elle n'a pas prise depuis plusieurs mois. Vous prenez note de ces informations sans insister pour obtenir plus de détails, car vous jugez que des informations supplémentaires sur son processus d'affirmation de genre ne sont pas nécessaires à ce stade de sa trajectoire de soins.

RÉFLEXIONS

De quelle façon accueillez-vous une personne demandeuse d'asile à son arrivée à la salle d'urgence ? Et si elle ne parlait ni français ni anglais, quels outils avez-vous à votre disposition pour pouvoir communiquer avec cette personne ?

Barrières organisationnelles

Les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées font face à plusieurs barrières organisationnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec associées à leur orientation sexuelle et identité de genre, leur origine et leur statut migratoire. Ces communautés ont plus de difficultés à avoir accès à une prise en charge de première ligne (27). D'ailleurs, une étude ontarienne ayant recrutée 33 participants rapporte que 6 % d'entre eux s'étaient fait refuser des soins par un soignant (27). Au même titre, le personnel soignant refuse parfois d'évaluer et de suivre les personnes avec un statut migratoire précaire en raison de leur type de couverture médicale, tel que le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), ainsi qu'en raison de la barrière de langue. Lorsque les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées trouvent une personne soignante volontaire, celle-ci n'utilise pas toujours des approches adaptées aux différences culturelles ni des approches trans affirmatives ou intersectionnelles (33,34).

Une vaste proportion du personnel soignant manque de connaissances sur les besoins particuliers en santé et services sociaux des personnes LGBTQI+ (5, 28) migrantes ou racisées. Ceci s'explique entre autres par le manque de formation préalable ou continue. Ce manque de connaissances peut entrainer une non-reconnaissance des biais internes et perpétuer des stéréotypes liés à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la culture, la race et le statut (32,35,36). Le personnel soignant lui-même reconnait que ce manque de connaissances nuit à la qualité de leurs soins auprès de ces personnes (31). Les personnes LGBTQI+ sont ainsi contraintes de devenir spécialistes de leur propre santé alors que cette responsabilité devrait être partagée entre la personne soignée et la personne soignante (4,27,37). La littérature rapporte un phénomène surnommé le « syndrome du bras cassé trans ». Il désigne la situation où une personne trans qui consulte pour un problème précis, par exemple une fracture, reçoit plutôt un diagnostic ou un traitement lié à son identité de genre. Cette dérive s'explique par des préjugés ou par le manque de formation du personnel soignant (38). Dans ces cas, l'attention se déplace vers le statut trans de la personne et vers d'éventuels soins d'affirmation de genre, plutôt que sur le motif réel de la consultation (38). Finalement, une représentation insuffisante de la diversité culturelle et linguistique dans le système de santé et des services sociaux entraîne des politiques, des procédures et des modes de prestation mal adaptés pour répondre efficacement aux besoins variés d'une population diversifiée (36). L'absence d'expérience des prestataires en matière d'utilisation d'interprètes ou d'autres solutions linguistiques peut aggraver ces barrières (36).

Toutes ces barrières d'accès affectent de manière disproportionnée les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées et contribuent à augmenter le taux de morbidité chez cette population (4,5,27,28).

CAS CLINIQUE
PARTIE 2

Vous installez Priya dans une chambre près du poste et vous demandez à vos collègues du personnel préposé aux bénéficiaires de l'aider à enlever ses vêtements et à mettre une jaquette. Priya est réticente. Le personnel préposé utilise l'approche informée par les traumatismes afin de la rassurer et l'encourage à effectuer les étapes lorsqu'elle est seule derrière un rideau afin de préserver son intimité. Quelques minutes plus tard, le personnel préposé vous rapporte que Priya a des saignements provenant de ses organes génitaux et plusieurs blessures au niveau des bras, du tronc et des jambes. Elle est très méfiante et crie lorsqu'on la touche. Vous convenez de favoriser un environnement sécuritaire pour la personne en lui expliquant les différentes étapes à venir et en obtenant son consentement libre et éclairé avant chaque soin prodigué. Vous demandez à Priya l'autorisation de la questionner sur les événements qui l'ont menée ici cette nuit. Elle accepte et explique qu'elle marchait dans un parc et que plusieurs individus l'ont attaquée. Elle ne se souvient pas de tout ce qui s'est passé, car elle s'est sentie gelée et déconnectée. Elle ne pouvait plus bouger. Elle explique avoir très mal aux côtes, au ventre, et à l'entrejambe. Vous lui demandez si elle souhaite contacter une personne de son entourage, elle vous explique n'avoir qu'une amie. Elle considère cette personne comme une membre de sa famille. Elle n'a pas d'autres personnes proches au Canada. Elle demande de l'aide avec son téléphone pour pouvoir contacter son amie. Vous prenez le temps de l'aider, sachant que, comme toute personne soignée, elle a le droit d'être accompagnée par une personne proche de son choix. Vous lui demandez si elle a un suivi médical. Elle vous répond que oui et vous remet les coordonnées de son infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). Elle vous mentionne aussi recevoir un accompagnement par les travailleur.euses de soutien communautaire de l'organisme AGIR-Montréal.

RÉFLEXIONS

Que feriez-vous si l'amie n'arrive pas ?

Impacts des barrières systémiques et organisationnelles sur les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées

Les expériences antérieures traumatiques et de soins non sécurisants peuvent freiner les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées à dévoiler leur orientation sexuelle et leur identité de genre (21). Voici quelques exemples d'expériences négatives rapportées par les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées dans les services de santé : présomption de l'orientation sexuelle hétéronormative et de l'identité de genre cisnormative, obligation à dévoiler son orientation sexuelle et son identité de genre, mégenrage (attribuer un genre, de manière intentionnelle ou non, à une personne qui ne se reconnaît pas ainsi), morinommage (utilisation du prénom antérieur), refus de soins, violences physiques et verbales (4,27,47). Ainsi, de nombreuses personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées évitent de recourir aux soins dont elles ont besoin, incluant les services d'urgence, craignant souvent de subir de la discrimination de la part du personnel soignant ou d'être incomprises dans leurs identités complexes (40). Les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées évitent et attendent à la dernière minute pour consulter en plus de dissimuler certaines informations personnelles par manque de confiance envers le personnel du système de santé et des services sociaux (4).

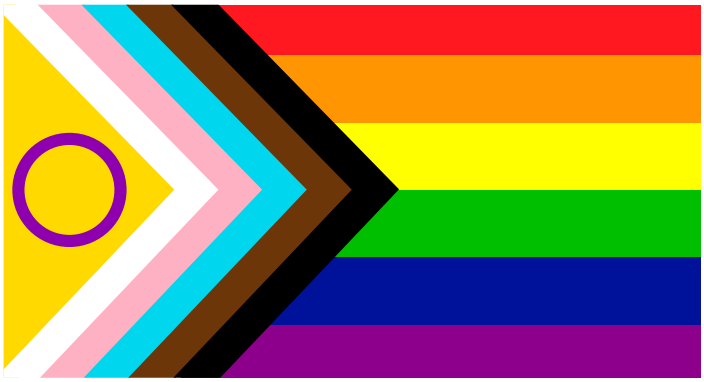
Afin d'éviter ces conséquences et assurer des soins inclusifs de qualité aux personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées, voici quelques stratégies et pistes d'intervention destinées au personnel soignant et aux gestionnaires des services d'urgence.

CAS CLINIQUE
PARTIE 3

Étant donné que la personne soignée a possiblement vécu une agression sexuelle dans la région génitale, vous vous assurez d'aborder les questions en lien avec son corps en adoptant une approche à la fois informée par le trauma et trans affirmative (39,43). Au chevet de la personne soignée, vous lui dites, « est-ce que vous seriez à l'aise de me parler de certains aspects de votre historique médical qui pourraient être pertinents pour vos soins aujourd'hui ? Certaines questions peuvent sembler personnelles. Je vous les poserai seulement si cela a un impact sur votre santé ou votre traitement. Vous pouvez toujours choisir de ne pas répondre. Ces informations sont pertinentes en lien avec votre raison de consultation et elles permettront à l'équipe de soin d'établir un plan adapté à votre situation. Aussi, si vous utilisez des termes différents pour certaines parties de votre corps, n'hésitez pas à me le faire savoir ». Vous la questionnez aussi sur sa capacité à lire et écrire en anglais, elle acquiesce alors avec sa tête en guise de réponse. Elle vous mentionne n'avoir subi aucune chirurgie par le passé et elle préfère que l'équipe de soins utilise comme terme *organes génitaux* pour désigner cette région de son corps.

RÉFLEXIONS

Quelles étapes de consentement explicite nommez-vous avant un examen génital ?



Stratégies à adopter par le personnel infirmier et les gestionnaires d'urgence

Tel que mentionné précédemment, l'environnement et plusieurs autres éléments permettent de créer un espace inclusif pour les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées dans les services d'urgence. Voici quelques suggestions pouvant être appliquées dès maintenant par le personnel infirmier aux urgences.

- Afficher le drapeau de la Fierté inclusif-intersexe sur les portes d'entrée des services d'urgence (4,28). Voir à la p. 20
- Fournir des autocollants du drapeau au personnel soignant afin qu'il puisse les disposer à différents endroits dans les zones de soins (4,28).
- Ajouter un autocollant personnalisé sur les cartes d'identités du personnel soignant indiquant les pronoms à utiliser.
- Encourager le personnel à se présenter systématiquement aux personnes soignées en spécifiant leur prénom, pronoms et accords à utiliser.
- Demander systématiquement aux personnes soignées leurs prénoms, pronoms et accords à utiliser (4,48).
- Rédiger des notes au dossier en utilisant des termes épicènes et des formulations inclusives (48).
- Ne pas présumer de l'orientation sexuelle de la personne soignée et éviter de supposer que son ou sa partenaire est d'un genre différent, que la personne soit cisgenre ou transgenre.
- Ne pas interroger les personnes sur leur parcours et leur statut migratoire, à moins que cela ne soit directement lié au problème clinique que vous traitez. Ces questions peuvent raviver des souvenirs traumatiques.
- Adopter une attitude d'ouverture et d'autoréflexion en cas de mégenrage ou de morinommage (4) :
  - Remercier la personne de nous avoir corrigés et ne pas s'attarder sur notre erreur afin d'éviter de mettre trop d'emphase sur l'erreur et mettre la personne davantage mal à l'aise (4) ;
  - Entamer une réflexion sur les différents facteurs personnels et organisationnels qui ont mené à l'erreur afin d'éviter que cela se reproduise (4) ;
  - À titre de témoin, corriger discrètement la personne ayant commis une erreur en lui suggérant d'employer la même méthode énoncée ci-haut (4).
- Respecter la confidentialité en s'assurant que les rencontres d'évaluation des personnes soignées et les discussions cliniques soient faites dans un lieu pouvant respecter la vie privée de ces personnes (4,44). À ce propos, l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne soignée sont des informations confidentielles qui doivent être communiquées avec discrétion et dans le respect des normes et des lois en vigueur (44).
- En tenant compte de la perspective d'autonomisation et de consentement libre et éclairé, et en appliquant une approche informée par le trauma, informer les personnes soignées que toutes les informations recueillies seront inscrites à son dossier et que leur dossier pourra être consulté par tout le personnel clinique impliqué dans ses soins (45,46). Grâce à ces informations, les personnes soignées peuvent choisir ou non de divulguer des informations relatives à leur orientation sexuelle et identité de genre (y compris les soins médicaux d'affirmation de genre qu'elles ont reçus) ainsi que de divulguer ou non les événements traumatisants qu'elles ont pu vivre.
- Questionner les personnes soignées sur les éléments pertinents à la raison de consultation, en concordance avec notre rôle professionnel. Poser des questions concernant les soins médicaux d'affirmation de genre, notamment les chirurgies ou les traitements hormonaux, uniquement si elles sont cliniquement pertinentes au problème de santé en cours. Demander des détails intimes sans lien direct avec la prise en charge médicale constitue une violation de la vie privée et peut causer un préjudice émotionnel ou psychologique.
- Répondre au mieux aux besoins des personnes soignées en demeurant axé sur leur raison de consultation.
- Intégrer l'approche réflexive à sa pratique afin de prendre conscience de sa propre position sociale et de l'impact de ce positionnement sur les enjeux de pouvoir et la manière dont on prodigue des soins (4,41).
- Faire preuve d'*advocacy*.

Tel que mentionné précédemment, les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées sont parfois dépourvues de pouvoir et ne sont pas en mesure de défendre leurs droits ou d'exprimer leurs choix. Le personnel infirmier aux urgences peut intervenir afin d'influencer les décisions de ceux qui détiennent le pouvoir afin de faire respecter les droits et les choix des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées.

En 2023, la directive ministérielle aux établissements de santé et de services sociaux du Québec est de s'assurer que l'approche trans affirmative soit utilisée afin de privilégier un langage inclusif, favoriser l'autodétermination de la personne soignée et s'assurer de l'usage systématique du consentement éclairé (4,45). Voici donc quelques suggestions de stratégies organisationnelles à l'intention des gestionnaires des services d'urgence :

- Promouvoir l'embauche de personnel issu de la diversité sexuelle et de genre (4), ainsi que des personnes racisées ou migrantes.
- Modifier les programmes actuels d'enseignement destinés au personnel infirmier aux urgences afin d'inclure de la formation continue sur les spécificités des approches et des soins à prodiguer aux personnes LGBTQI+ (4) migrantes ou racisées (16). Certaines formations en ligne sont déjà accessibles sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA) (42).
- Concevoir des dossiers médicaux électroniques inclusifs, permettant d'inscrire le sexe assigné à la naissance, l'identité de genre, le prénom choisi, les pronoms et les accords.
- Prévoir des salles de bains non genrées sécuritaires accessibles dans les services d'urgence (4,37).

Finalement, plusieurs auteurs suggèrent d'adapter les outils de communication pour les rendre plus inclusifs tout en respectant les normes en vigueur (4). Voici des suggestions à l'attention du personnel infirmier ainsi que des gestionnaires infirmiers aux urgences :

- Utiliser des termes épicènes et des formulations inclusives dans les outils de communication aux urgences.
- Développer des outils d'information validés, traduits et ciblés aux personnes LGBTQI+ (4) migrantes ou racisées, tels que des pamphlets ou du contenu de télédiffusion (17).
- Adopter une politique d'interprétariat professionnel 24/7 (17).

CAS CLINIQUE
PARTIE 4

Vous arrivez à la fin de votre quart de travail. Vous donnez votre rapport dans un lieu permettant d'assurer la vie privée des personnes soignées. Vous expliquez la situation de Priya à votre collègue et vous déterminez ensemble des prochaines étapes à discuter avec elle. Entre autres, l'équipe de soins devra discuter en détail et obtenir le consentement de la personne soignée pour avoir recours à la trousse médico-légale pour agression sexuelle. En appliquant l'approche informée par les traumas, l'équipe s'engage à s'assurer que Priya pourra attendre l'arrivée de son amie avant l'administration de la trousse, si elle le souhaite. Étant donné que vous avez pu établir un bon lien de confiance avec Priya, vous convenez d'aller la rencontrer avec votre collègue afin d'assurer la continuité des soins et du lien de confiance. Vous quittez l'hôpital et vous amorcez une autoréflexion pendant le trajet de retour à la maison afin d'évaluer les biais potentiels lors des soins prodigués à Priya ainsi que vos besoins potentiels d'apprentissage pour de futures interventions.

RÉFLEXIONS

Comment procédez-vous à l'évaluation des biais potentiels lorsque vous offrez des soins à une personne LGBTQI+ migrante ou racisée ?

Après avoir obtenu le consentement de la patiente, de quelle façon pouvez-vous adaptez vos soins lorsque vous procéderez à la cueillette d'information et aux prélèvements requis dans le cadre des procédures liées à la trousse médico-légale considérant les besoins spécifiques de cette femme trans d'origine indienne ?

Conclusion

Il est primordial que le personnel infirmier aux services d'urgence soit bien préparé à offrir des soins de santé qui tiennent compte des orientations sexuelles, des identités de genre et des héritages culturels des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées. Les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées sont plus susceptibles de vivre de la discrimination à leur égard à cause de leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leur origine et leur statut migratoire. Cet article a permis de mettre en lumière les barrières d'accès aux soins et services qui peuvent avoir un impact néfaste sur la santé des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées. Des stratégies à pérenniser ou à mettre en place pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins de santé pour les communautés LGBTQI+ migrantes ou racisées ont été présentées. Le cas clinique de Priya a permis d'illustrer la façon dont le personnel soignant doit intervenir auprès de ces personnes afin d'offrir des soins inclusifs et de qualité, en tenant compte des facteurs d'intersectionnalité et en appliquant des approches telles que : l'approche informée par les traumas, l'approche trans affirmative, l'autonomisation et le consentement libre et éclairé (45,46). L'accessibilité et l'équité des soins aux urgences pour les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées requièrent une transformation des pratiques infirmières actuelles. Cet article fournit les arguments nécessaires à cette transformation.

VOICI QUELQUES RESSOURCES ADDITIONNELLES :

Agir Montréal

agirmontreal.org/fr/accueil

Interligne

interligne.co

Clinique québécoise de chirurgie spécialisée dans les chirurgies d'affirmation de genre

grsmontreal.com

Guide de pratique - international

wpath.org/wp-content/uploads/2024/11/French-SOC8-Translation.pdf

Guide de pratique - Colombie-Britannique

https://www.transcarebc.ca/health-professionals

Guide de pratique - Ontario

www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2021/09/Guidelines-FINAL-4TH-EDITION-With-2023-Updates.pdf

Guide de pratique - Institut pour la santé trans

santetranshealth.com

LES AUTEURES

Colette Mascle
inf. M. Sc., IPSPL

GMF-U de Parc-Extension à Montréal et Clinique Mauve

Colette.Mascle.DLM@ssss.gouv.qc.ca

Renata Fuchs Militzer
DESS en travail social et candidate à la maîtrise en travail social

Professionnelle en mobilisation des connaissances et en soutien à la pratique, Clinique Mauve, Université de Montréal

clinique-mauve@umontreal.ca

Maria Pilar Ramirez Garcia
inf., Ph. D.

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Chercheuse associée CRCHUM - axe carrefour de l'innovation et de l'évaluation en santé

Marianne Chbat
Ph.D.

Directrice de la recherche, GRIS Montréal

SOUTIEN FINANCIER
Les auteures n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLIT D'INTÉRÊTS
Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

REMERCIEMENT
Les auteures tiennent à remercier Catherine Baillargeon, D.Psy, Psychologue, à la Clinique Mauve.

RÉFÉRENCES

1. Loi canadienne sur les droits de la personne. Ministère de la Justice. L.R.C. 1985, ch. H-6. https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/H-6.pdf
2. Code criminel. Ministère de la Justice. L.R.C. 1985, ch. C-46. https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-46.pdf
3. Charte des droits et libertés de la personne. Éditeur officiel du Québec. 2025 mai 28. Chapitre C-12. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/C-12.pdf
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Santé et bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre : lignes directrices. Gouvernement du Québec ; 2023. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-302-01W.pdf
5. Bristol S, Kostelec T, MacDonald R. Improving emergency health care workers' knowledge, competency, and attitudes toward lesbian, gay, bisexual, and transgender patients through interdisciplinary cultural competency training. J Emerg Nurs. 2018 ;44 :632–9. doi : 10.1016/j.jen.2018.03.013
6. Statistique Canada. Profil socioéconomique de la population 2ELGBTQ+ âgée de 15 ans et plus, 2019–2021. Gouvernement du Canada ; 2024. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/240125/dq240125b-fra.pdf
7. Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Personnes de minorités sexuelles et de genre. Gouvernement du Québec ; 2024. https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/demographie/personnes-minorites-sexuelles-et-genre
8. Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Personnes immigrantes. Gouvernement du Québec ; 2024. https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/demographie/personnes-immigrantes
9. Stick M, Leanage A, Arim R. Socioeconomic profile of working-age immigrants in same-sex couples in Canada from 2000 to 2020. Economic and social report. Gouvernement du Canada ; 2024. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2024006/article/00005-eng.pdf
10. Glintborg D, Møller JKK, Rubin KH, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Larsen MJØ, Hilden M, Christensen LL, Andersen MS. Mental and physical health among Danish transgender persons compared with cisgender persons. JAMA Netw Open. 2025 ;8 :1–15. doi : 10.1001/jamanetworkopen.2025.7115
11. Statistique Canada. Victimisation par intimidation chez les jeunes de la diversité sexuelle et de genre au Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes. 2022. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/221018/dq221018c-fra.pdf
12. Gonzales G, Zinone R. Cancer diagnoses among lesbian, gay, and bisexual adults : Results from the 2013–2016 National Health Interview Survey. Cancer Causes Control. 2018 ;29 :845–54. doi : 10.1007/s10552-018-1060-x
13. Jackson SS, Patel S, Parker K. Cancer disparities among sexual and gender minority populations. J Natl Med Assoc. 2023 ;115 :S32–7. doi : 10.1016/j.jnma.2023.02.005
14. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, Kanetsky PA, Schabath MB. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. CA Cancer J Clin. 2015 ;65 :384–400. doi : 10.3322/caac.21288
15. Singer S, Tkachenko E, Hartman RI, Mostaghimi A. Association between sexual orientation and lifetime prevalence of skin cancer in the United States. JAMA Dermatol. 2020 ;156 :441–5. doi : 10.1001/jamadermatol.2019.4196
16. Société canadienne du cancer. Promouvoir l'équité en santé grâce à l'information sur le cancer et aux services de soutien : rapport sur les communautés qui sont mal desservies. 2023. https://cdn.cancer.ca/-/media/files/about-us/our-health-equity-work/underserved-communities-report_2023_fr.pdf
17. Lofters AK, Bender J, Swayze S, Alibhai S, Henry A, Noel K, Datta GD. Prostate cancer incidence among immigrant men in Ontario, Canada : A population-based retrospective cohort study. CMAJ Open. 2022 ;10(4) :E956–63. doi : 9.9778/cmajo.20220069
18. Institut national de santé publique du Québec. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Gouvernement du Québec ; 2024. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3532-surveillance-vih-2022.pdf
19. ONUSIDA. Le VIH et les personnes transgenres et de diverses identités de genre. 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/mediaasset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diversefr.pdf
20. Gouvernement du Canada. VIH et sida : pour les professionnels de la santé. 2025. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/vih-et-sida/professionnels-sante.html
21. Gouvernement du Québec. Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC. 2025. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-338-01W.pdf
22. Centre de recherche communautaire. La gestion du stress minoritaire. 2023. https://fr.cbrc.net/lagestiondustressminoritaire
23. Commission de la santé mentale du Canada. Expériences avec le suicide : les communautés africaines, caribéennes et noires du Canada. 2024. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2024/03/Experiences-avec-le-suicide-les-communautes-africaines-caribeennes-et-noires-du-Canada2024-03-1.pdf
24. Gouvernement du Québec. Planifier et déployer des actions et des services concertés en prévention du suicide : guide pratique pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires. 2024. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-247-01W.pdf
25. Ecker J, Aubry T, Sylvestre J. Experiences of LGBTQ adults who have accessed emergency shelters in a large urban city in Canada. Soc Work Public Health. 2022 ;37 :168–85. doi : 10.1080/19371918.2021.1976345
26. Institut canadien d'information sur la santé. Les données hospitalières permettant d'en savoir plus sur les patients en situation d'itinérance. https://www.cihi.ca/fr/les-donnees-hospitalieres-permettent-den-savoir-plus-sur-les-patients-en-situation-ditinerance
27. Burchell D, Coleman T, Travers R, Aversa I, Schmid E, Coulombe S, et al. 'I don't want to have to teach every medical provider' : Barriers to care among non-binary people in the Canadian healthcare system. Cult Health Sex. 2023. doi : 10.1080/13691058.2023.2185685
28. Campbell J, Nathoo A, Chard S, Messenger D, Walker M, Bartels SA. Lesbian, gay, bisexual, transgender and/or queer patient experiences in Canadian primary care and emergency departments : A literature review. Cult Health Sex. 2023. doi : 10.1080/13691058.2023.2176548
29. Heng A, Heal C, Banks J, Preston R. Transgender peoples' experiences and perspectives about general healthcare : A systematic review. Int J Transgend. 2018 ;19(4) :359–78. doi : 10.1080/15532739.2018.1502711
30. Vermeir E, Jackson LA, Marshall EG. Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. Cult Health Sex. 2018 ;20 :232–46. doi : 10.1080/13691058.2017.1338757
31. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. Psychotherapy. 2001 ;38(2) :171–85. doi : 10.1037/0033-3204.38.2.171
32. Alessi EJ, Kahn S. A framework for clinical practice with sexual and gender minority asylum seekers. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2017 ;4 :383–91. doi : 10.1037/sgd0000244
33. Bauer GR, Zong X, Scheim AI, Hammond R, Thind A. Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians : a respondent-driven sampling survey. PLoS One. 2015 ;10. doi : 10.1371/journal.pone.0145046
34. Kahn S, Alessi EJ, Kim H, Woolner L, Olivieri CJ. Facilitating mental health support for LGBT forced migrants : a qualitative inquiry. J Couns Dev. 2018 ;96 :316–26. doi : 10.1002/jcad.12205
35. El-Hage H, Ou Jin Lee E. Vivre avec de multiples barrières – le cas des personnes LGBTQ racisées à Montréal. METISS. 2015. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/MultiplesbarrieresFINALenligne.pdf
36. Hamila A, Baillargeon C, Zoldan Y, Armand AR, Yahiaoui N, Beaudry C, et al. Soins intégrés auprès des personnes LGBTQI+ migrantes : la place des soins psychosociaux. Sante Publique. 2022 ;34 :241–50. doi : 10.3917/spub.hs2.0241
37. Brown C, Marnie C, Peters MDJ. Barriers and enablers of culturally safe care for transgender and gender-diverse people in hospital emergency departments : a scoping review protocol. JBI Evid Synth. 2023 ;21 :1243–50. doi : 10.11124/JBIES-22-00262

38. Wall CSJ, Patev AJ, Benotsch EG. Trans broken arm syndrome : a mixed-methods exploration of gender-related medical misattribution and invasive questioning. Soc Sci Med. 2023 ;320. doi : 10.1016/j.socscimed.2023.115748
39. Grasso C, Goldhammer H, Thompson J, Keuroghlian AS. Optimizing gender-affirming medical care through anatomical inventories, clinical decision support, and population health management in electronic health record systems. J Am Med Inform Assoc. 2021 ;28(11) :2531–5. doi : 10.1093/jamia/ocab080
40. Chávez KR. Identifying the needs of LGBTQ immigrants and refugees in Southern Arizona. J Homosex. 2011 ;58 :189–218. doi : 10.1080/00918369.2011.540175
41. Ruiz AM, Luebke J, Klein K, Moore K, Gonzalez M, Dressel A, Mkandawire-Valhmu L. An integrative literature review and critical reflection of intersectionality theory. Nurs Inq. 2021 ;28. doi : 10.1111/nin.1241439
42. INSPQ. Adapter nos interventions aux réalités des personnes de la diversité sexuelle et de genre, de leurs familles et de leur entourage. 2023. https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/adapter-nos-interventions-aux-realites-des-personnes-de-la-diversite-sexuelle-leur-couple-et-leur-famille-niveau-2
43. World Professional Association for Transgender Health. Standards de soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, version 8. Int J Transgend Health. 2022 ;23 :S1–258. doi : 10.1080/26895269.2022.2100644
44. Moretti S, Létourneau J. Divulgation de renseignements de nature confidentielle. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2017. https://www.oiiq.org/divulgation-de-renseignements-de-nature-confidentielle ?redirect=%2Fpratique-professionnelle%2Fdeontologie%2Fchroniques-deontologiques%3FcategoryIds%3D1602343
45. Létourneau J, Boucher Y, Brisson M, Côté ME, Gagné M, Moretti S. Les obligations déontologiques de l'infirmière ou de l'infirmier et le consentement aux soins. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2021. https://www.oiiq.org/les-obligations-deontologiques-de-l-infirmiere-et-le-consentement-aux-soins ?inheritRedirect=true
46. Purkey E, Patel R, Phillips SP. Trauma-informed care : better care for everyone. Can Fam Physician. 2018 ;64 :170–2.
47. LaPlant WG, Kattari L, Ross LK, Zhan J, Druck JP. Perceptions of emergency care by sexual and gender minorities in Colorado : Barriers, quality, and factors affecting identity disclosure. West J Emerg Med. 2021 ;22 :903–10. doi : 10.5811/westjem.2021.3.49423
48. Ashley F. Les personnes non-binaires en français : une perspective concernée et militante. H-France Salon. 2019 ;11(14) :#5. https://www.florenceashley.com/uploads/1/2/4/4/124439164/ashley_les_personnes_non-binaires_en_fran%C3%A7ais_-_une_perspective_concern%C3%A9e_et_militante.pdf

COM-BOS
CONSULTANT EN RÉANIMATION

VOTRE SOLUTION POUR LA RÉANIMATION CARDIAQUE

Com-Bos est une entreprise se spécialisant dans l'enseignement de la réanimation cardiovasculaire avancée pour les professionnels de la santé en milieu préhospitalier et hospitalier.

NOS COURS

SARC/ACLS
Soins avancés en réanimation cardiovasculaire

SARP/PALS
Soins avancés en réanimation pédiatrique

PEARS
Évaluation, reconnaissance et stabilisation des urgences pédiatrique

PRN/NRP
Programme de réanimation néonatale

Scannez le code QR pour en savoir plus sur nos cours offerts

(819) 661-1285
info@com-bos.ca
com-bos.ca