

Pour un système de soins inclusif envers les femmes et personnes lesbiennes, bissexuelles, pansexuelles et queers au Québec

Rapport de recherche



Kinda Wassef
Claudelle Brazeau
Inès Pécoul-Cabanes
Tara Chanady
Olivier Ferlatte

L'équipe de recherche tient à remercier toutes les femmes et les personnes qui ont accepté de prendre part à cette étude en partageant leur expérience avec nous.

Cette recherche a été financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du bailleur de fonds.

Chercheur principal

Olivier Ferlatte, Ph.D

olivier.ferlatte@umontreal.ca

Qollab.ca

Référence suggérée: Wassef, K., Brazeau, C., Pécoul-Cabanes, I., Chanady, T. et Ferlatte, O. (2025) *Pour un système de soins inclusif envers les femmes et personnes lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles et queers au Québec – Rapport de recherche.* Qollab.



Table des matières

Introduction.....	04
Objectifs de l'étude.....	05
Méthodologie	05
Recrutement.....	05
Collecte des données.....	07
Analyses	07
Résultats	08
Section 1: Les expériences et défis des femmes et personnes LBPQ au sein du système de santé et de services de soins au Québec.....	08
Thème 1: Naviguer dans l'incertitude et la rareté des services adaptés aux femmes et personnes LBPQ	08
Thème 2: Confronter le manque de connaissances et la stigmatisation de la part des professionnel·les de la santé face aux réalités des femmes et personnes LBPQ	13
Thème 3: Ressentir l'invalidation des symptômes et de la sexualité des femmes et personnes LBPQ	17
Thème 4: Éprouver un sentiment d'impuissance face aux obstacles aux soins pour les femmes et personnes LBPQ.....	20
Section 2: Les perspectives des femmes et personnes LBPQ pour améliorer les services de soins au Québec	23
Formation et sensibilisation du personnel de la santé.....	23
Adaptation des structures pour un accès équitable aux soins	25
Promotion de postures qui déconstruisent les relations de pouvoir dans les soins de santé.....	27
Conclusion.....	30
Lexique.....	31
Références	34

Introduction

Malgré des avancées significatives sur le plan de leur statut social et légal au cours des dernières décennies, les femmes et personnes lesbiennes, bissexuelles, pansexuelles et queers¹ (LBPQ) continuent de faire face à des iniquités importantes en matière de santé. Ces iniquités touchent autant la santé physique que la santé mentale. Selon la revue systématique de Plöderl et Tremblay (2015), cette population présente des risques plus élevés de détresse psychologique, de dépression et d'anxiété. De plus, les femmes lesbiennes et bissexuelles sont particulièrement touchées par certains problèmes de santé physique, notamment des taux plus élevés d'obésité, de consommation d'alcool et de tabac, de maladies cardiovasculaires, ainsi que des évaluations globalement plus faibles de leur santé physique (Simoni et al., 2016).

Pour réduire ces iniquités, il est essentiel de disposer d'un système de soins inclusif envers les femmes et personnes LBPQ. Cependant, de nombreux besoins de santé de cette population restent insatisfaits, et les personnes LBPQ continuent de faire face à des obstacles importants dans leurs parcours de soins (Fontaine et Chanady, 2024). Deux études récentes ont mis en évidence plusieurs facteurs qui influent sur les expériences de soins de santé des femmes et personnes LBPQ, notamment le manque de connaissances des prestataires de soins quant à leurs besoins spécifiques ainsi que la persistance de la stigmatisation et de préjugés hétéronormatifs dans les milieux de soins (Jakubiec et al., 2023; Rabbitte et Enriquez, 2023). De plus, une enquête réalisée au Québec en 2023 a révélé que les femmes et personnes LBPQ font face à des obstacles systémiques dans le domaine médical, notamment le refus ou le manque de suivi en santé sexuelle, la banalisation de leur douleur, et une méconnaissance significative des réalités non binaires et trans (Fontaine et Chanady, 2024). Dans le domaine de la santé mentale, des barrières telles que le coût élevé des services et la honte restreignent l'accès aux services pour les personnes LBPQ (Ferlatte et al., 2019).

Malgré ces constats, les recherches sur les expériences des femmes et personnes LBPQ demeurent rares, surtout dans le contexte québécois. À l'heure des réformes du système de santé et de la reconnaissance accrue des enjeux d'équité, de diversité et d'inclusion, il devient essentiel de combler ce manque de connaissances. Une meilleure compréhension des enjeux auxquels les femmes et personnes LBPQ sont confrontées dans le système de santé est essentielle pour élaborer des solutions afin d'améliorer non seulement leur accès aux soins de santé, mais aussi la qualité des services qui leur sont offerts.

1. Les termes liés à la diversité de genre et sexuelle utilisés dans ce rapport sont définis dans le lexique à la page 27.

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à approfondir la compréhension des expériences et des obstacles liés à l'accès aux soins de santé des femmes et personnes LBPQ au Québec. En s'appuyant sur leurs vécus et leurs perspectives, elle vise à formuler des recommandations concrètes pour créer un système de santé plus inclusif et mieux adapté à leurs besoins.

Méthodologie

Cette étude s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé et vise à produire des connaissances appliquées pour améliorer l'accès aux soins pour les femmes et personnes LBPQ au Québec. Nous avons opté pour un devis qualitatif ancré dans une approche interprétative descriptive (Thompson Burdine et al., 2021; Thorne, 2016) pour approfondir et contextualiser l'expérience des personnes participantes dans le système de santé. Cette approche est particulièrement adaptée pour établir des liens entre le vécu des individus et les pratiques de soins (Thorne, Kirkham et MacDonald-Emes, 1997). L'étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal (CERSES-2021-1192). La section suivante détaille le processus de recrutement, la méthode de collecte de données et la procédure d'analyse employée.

Recrutement

Le recrutement des personnes participantes a été conçu pour inclure une diversité de vécus au sein de l'échantillon. Les personnes de 18 ans et plus s'identifiant comme LBPQ et résidant au Québec depuis au moins un an étaient admissibles. Nous avons créé des affiches pour le recrutement, diffusées dans les réseaux sociaux et les in-folettres d'organismes communautaires. Le Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ), partenaire du projet, a joué un rôle actif dans la diffusion de l'appel à participation. De plus, des affiches ont été conçues pour cibler les personnes vivant en dehors de Montréal, ainsi que des affiches en anglais et en français destinées aux personnes migrantes et racisées. Nous avons également utilisé la méthode de l'échantillonnage

boule de neige, invitant les personnes participantes à diffuser l'appel à participation dans leur réseau. Le recrutement s'est déroulé entre octobre et décembre 2023.

Au total, 55 personnes ont pris part à 12 groupes de discussion, dont 4 spécifiquement axés sur les personnes racisées, et 3 se sont déroulés en anglais. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes. Ces dernières s'identifiaient comme lesbiennes (35 %), pansexuelles (31 %), bisexuelles (29 %) et queers (26 %). Par ailleurs, 62 % des personnes participantes s'identifiaient comme femmes et 29 % s'identifiaient comme personnes non binaires. Une personne sur trois s'identifiait comme trans (33 %). Enfin, 31 % vivaient à l'extérieur de la région du Grand Montréal et 36 % s'identifiaient comme personne racisée.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes (N = 55)

*Certaines personnes ont indiqué plus d'une réponse. Par conséquent, la somme des pourcentages dépasse 100 %.

Caractéristiques sociodémographiques	n (%)	Groupe ethnoracial*	
Orientation sexuelle*		Blanc	36 (66)
Lesbienne	19 (35)	Moyen-Oriental, Nord-Africain ou Arabe	8 (15)
Pansexuelle	17 (31)	Asiatique du Sud	4 (7)
Bisexuelle	16 (29)	Noir	4 (7)
Queer	14 (26)	Asiatique du Sud-Est, Chinois et Philippin	3 (6)
Homosexuelle	2 (4)	Autochtone: Métis	2 (4)
Demisexuelle	2 (4)	Latino-américain	1 (2)
Polysexuelle ou polyamoureuse	2 (4)	Africain de l'Est	1 (2)
Bispirituelle	1 (2)	Personne racisée	
En questionnaire	1 (2)	Non	35 (64)
Identité de genre*		Oui	20 (36)
Femme	34 (62)	Lieu de résidence	
Non binaire	16 (29)	Grand Montréal	38 (69)
En questionnaire	6 (11)	En dehors du Grand Montréal	17 (31)
Genderqueer	3 (6)	Occupation principale*	
Agendre ou genre neutre	2 (4)	Étudiante	16 (29)
Butch	1 (2)	Employée à temps plein	20 (36)
Modalité du genre		Employée à temps partiel	15 (27)
Cisgenre	36 (66)	En arrêt de travail	2 (4)
Trans	18 (33)	Travailleuse autonome	6 (11)
En questionnaire	1 (2)	Au chômage	7 (13)
		Âge - Moyenne (intervalle)	31 (20-76)

Collecte des données

La collecte des données s'est effectuée au moyen de groupes de discussion semi-dirigés en ligne (sur la plateforme Zoom), d'une durée de 90 minutes. Chaque personne ayant répondu à l'appel à participation a été conviée à une rencontre d'information individuelle de 15 minutes avec la chercheuse coordinatrice du projet de recherche avant sa participation. Cette rencontre permettait de vérifier l'admissibilité des personnes participantes, d'obtenir leur consentement et de recueillir leurs informations sociodémographiques.

Chaque groupe de discussion comprenait entre 4 et 6 personnes participantes, avec deux personnes animatrices pour guider la discussion. Les discussions se concentraient sur les expériences des personnes participantes dans le système de soins au Québec, ainsi que leurs perspectives sur l'amélioration des services de santé pour mieux répondre aux besoins des femmes et personnes LBPQ. Les personnes participantes ont reçu une compensation de 75 \$ pour leur participation au groupe de discussion.

Analyses

Les analyses ont été réalisées par deux membres de l'équipe de recherche en adoptant une approche thématique réflexive (Brown et Clark, 2019). Les groupes de discussion ont été transcrits verbatim par des personnes indépendantes. Ces transcriptions ont ensuite été vérifiées et anonymisées afin d'assurer la confidentialité des personnes participantes avant d'être importées dans le logiciel Dedoose pour l'analyse. Les deux chercheuses ont procédé, de manière indépendante, à une lecture et à un codage initial inductif, en portant une attention particulière aux émotions et aux événements marquants associés aux expériences de soins de santé. Pour assurer la cohérence et la fiabilité du style de codage, elles ont codé deux transcriptions identiques et deux transcriptions distinctes. Au total, 6 des 12 transcriptions ont été codées de manière inductive, ce qui a permis d'élaborer un arbre de codes. L'arbre de codes a ensuite été réorganisé en fonction des questions de recherche suivantes: (1) Quelles sont les expériences des femmes et personnes LBPQ dans les services de soins de santé au Québec? (2) Quelles sont les perspectives des femmes et personnes LBPQ pour améliorer les services de soins de santé au Québec? L'arbre de codes a par la suite été validé par l'équipe de recherche et appliqué à l'ensemble des données. Les codes ont ensuite été réorganisés en thèmes basés sur les motifs les plus récurrents et significatifs identifiés dans les données. Ces thèmes ont été revus et validés par l'ensemble de l'équipe de recherche pour assurer leur pertinence et leur cohérence avec les objectifs de l'étude.

Résultats

Les résultats de l'analyse sont structurés dans ce rapport en deux sections principales. La première section explore l'expérience des personnes LBPQ dans l'accès aux services de soins de santé au Québec. Cette partie révèle quatre thèmes principaux qui reflètent les défis spécifiques et les enjeux rencontrés par ces personnes au sein du système de santé: (1) naviguer dans l'incertitude et la rareté des services adaptés aux femmes et personnes LBPQ ; (2) confronter le manque de connaissances et la stigmatisation de la part des professionnel·les de la santé face aux réalités des femmes et personnes LBPQ; (3) ressentir l'invalidation de leurs symptômes et de leur sexualité; et (4) éprouver un sentiment d'impuissance face aux obstacles d'accès aux soins. Ces thèmes mettent en lumière les obstacles spécifiques et les enjeux que rencontrent ces personnes. Un accent particulier a été mis sur les expériences des personnes racisées et de celles vivant dans des régions rurales ou éloignées, afin de souligner les complexités et défis distincts de ces groupes.

La deuxième section de l'analyse explore trois thèmes centraux des perspectives des personnes participantes concernant la transformation et l'amélioration des services de santé: (1) la formation et la sensibilisation du personnel de la santé; (2) l'adaptation des structures pour un accès équitable aux soins; et (3) la promotion de postures qui déconstruisent les relations de pouvoir. Ces suggestions, émanant directement des expériences vécues par les personnes participantes, proposent des pistes de réflexion pour mieux répondre aux besoins spécifiques des femmes et personnes LBPQ.

Section 1: Les expériences et défis des femmes et personnes LBPQ au sein du système de santé et de services de soins au Québec

Thème 1: Naviguer dans l'incertitude et la rareté des services adaptés aux femmes et personnes LBPQ

Dans un premier temps, les personnes participantes ont souligné de nombreux défis liés à l'accessibilité et aux obstacles administratifs auxquels elles étaient confrontées dans leur quête de soins de santé adaptés. Des barrières financières, de longs délais, et la non-inclusivité des formulaires administratifs contribuaient à créer un climat d'incertitude quant à l'accès adéquat aux soins, et laissaient souvent une impression de rareté de services adaptés disponibles. Selon les personnes participantes, ces obstacles avaient un effet direct sur leur santé physique et mentale, créant un sentiment de vulnérabilité, car leurs besoins particuliers en tant que personne LBPQ restaient souvent insatisfaits et l'accès aux soins adaptés demeurait difficile.

Les personnes participantes ont décrit l'incertitude et l'instabilité qui découlent du fardeau financier que représente l'accès à des services de soins adaptés pour les personnes LBPQ. Selon elles, les coûts élevés des services de santé constituaient un obstacle majeur à l'accès aux soins, surtout au sein des communautés LBPQ, qui disposent souvent de ressources financières limitées. Une personne participante a exprimé son inquiétude face à la tendance des professionnel·les qualifié·es à opter pour le secteur privé, rendant ainsi les soins plus rares et moins accessibles :

C'est une inquiétude que j'ai pour nos communautés aussi, d'avoir des professionnel·les qualifié·es qui décident de se tourner vers le privé et ça rend les soins beaucoup moins accessibles, surtout qu'au sein de nos communautés, il y a parfois des enjeux financiers qui sont plus grands que chez les personnes [cisgenres et hétérosexuelles].

De plus, les longs délais d'attente ont également été mentionnés comme une source de frustration et d'incertitude. Ces attentes prolongées peuvent avoir des répercussions sur la santé, comme le décrivait une personne participante :

Je souffre de très fortes crampes dans le dos à cause de l'endométriose. J'ai attendu deux ans pour un rendez-vous avant [de finalement aller] aux urgences, où je suis restée quatre jours [...]. Lorsque j'ai vu la spécialiste, elle m'a dit que, si je n'avais pas reçu de traitement, j'aurais pu être paralysée pendant six mois [...], voire un an. Le temps d'attente pour l'examen et la prise en charge sont vraiment dangereux. (Traduction libre)

Ce témoignage, à l'instar de plusieurs autres, illustre comment la rareté des services a entraîné des délais qui ont prolongé l'incertitude et ont compliqué le rétablissement des personnes participantes. Ces dernières ont exprimé une frustration notable face à ces délais, mais aussi à la brièveté des consultations, estimant que cette rapidité les empêchait de recevoir des soins adéquats et attentifs. Ces témoignages illustrent l'incertitude liée à l'accessibilité de services adaptés pour les personnes LBPQ, les obligeant ainsi à redoubler d'efforts pour naviguer dans un système souvent inadapté à leurs besoins. Une personne participante a exprimé cette frustration :

Je pense que, lorsque nous attendons six mois pour voir un médecin, nous avons droit à un peu plus que cinq minutes de conversation et les deux minutes et demie suivantes, [pendant lesquelles] le médecin griffonne une ordonnance sur un bout de papier. (Traduction libre)

La perception de rareté exprimée par les personnes participantes se manifestait dans leurs discours tant par le sentiment d'un manque de ressources disponibles que par la difficulté à trouver des services adaptés à leurs besoins particuliers. Comme l'a simplement énoncé une personne participante: «*c'est très difficile de trouver des ressources adaptées.*». Une personne participante a ainsi décrit ses tentatives infructueuses d'accéder aux services via les plateformes existantes: «*Je ne suis pas sûre si c'est juste mon expérience, mais après des mois et des mois d'essais, je n'ai jamais réussi à trouver un rendez-vous disponible sur le site web [Rendez-vous santé Québec].*» (Traduction libre)

Cette rareté est telle que certaines personnes participantes ont même remis en question l'existence des services de santé, comme l'illustre ce témoignage: «*On dirait que la première chose qui m'est venue en tête, c'était: quels services de santé?*» Celles qui parvenaient à obtenir des services étaient souvent confrontées à des ressources fortement normées par une perspective hétérosexuelle et insuffisamment adaptées aux réalités queers. Cette situation les contraignait à faire un véritable pari quant à la capacité des professionnel·les à saisir leurs expériences, ajoutant ainsi une barrière supplémentaire à l'accès à des soins pertinents:

Je suis allée au CLSC pour un truc psychologique, puis, tu es pognée pour faire l'éducation [de] l'intervenante ou [du] travailleur social sur les trucs queers [...], tu ne sais pas sur qui tu vas tomber; c'est un peu un gamble.

Le problème s'inscrit dans une problématique systémique plus vaste, où les personnes participantes percevaient généralement le système de santé comme inefficace de manière générale, et pas seulement pour les personnes LBPQ. Par exemple, une personne participante racisée a souligné comment la rareté des ressources et la lenteur d'accès aux soins font partie d'une faille structurelle qui limite l'accessibilité et la pertinence des services de santé:

Le plus important, si on parle d'une pyramide des besoins, c'est d'avoir un système de santé qui fonctionne. C'est comme des couches. Alors, comment peut-on parler de santé des femmes, de santé queer, et de santé culturellement spécialisée, si on n'a même pas un système de santé de base qui fonctionne? Même en mettant de côté tous mes défis particuliers, si j'ai une simple toux qui n'a rien à voir avec mes besoins d'accès à la santé mentale en tant que personne queer arabe, je ne peux même pas accéder aux services médicaux de base la moitié du temps. (Traduction libre)

Rareté des services de soins de santé en région

L'impression de rareté de services adaptés était d'autant plus exacerbée chez les personnes participantes vivant en région, accentuant leur sentiment d'incertitude face à la disponibilité et l'accessibilité de soins répondant à leurs besoins. Une personne participante trans nous a décrit son expérience pour accéder à des services de soins d'affirmation de genre en région :

Je ne veux même pas imaginer ce que ça peut être dans le public, quand ça prend deux ans dans le privé. [...] [Alors, comme] tu as besoin d'évaluation psychologique pour pouvoir faire la transition, dans certains cas, ça peut devenir très, très, très, très, très pesant [...]. Quelqu'un qui vit avec des revenus minimums, eh bien... tu es obligée de continuer à vivre la vie qui n'est pas ta vie parce que le système de santé n'est pas capable de te fournir un service.

Cette citation illustre comment certaines personnes trans, comme d'autres personnes participantes en région, étaient contraintes de maintenir une existence non conforme à leur identité en raison de l'incapacité du système de santé à offrir des services appropriés dans des délais raisonnables. Plusieurs personnes participantes ont mentionné que les délais étaient très longs en région, même dans les services de santé privés. Ainsi, les personnes en région ont fait face à une rareté de services et à d'importantes incertitudes liées aux longs délais d'attente, notamment pour les services d'affirmation de genre. Cela constituait un fardeau majeur pour leur santé mentale, alimentant l'incertitude et aggravant la souffrance et le stress liés à l'attente de soins.

D'autre part, les personnes participantes ont rapporté que la non-inclusivité des formulaires administratifs créait chez elles un sentiment d'aliénation et d'incertitude quant à leur place dans le système de santé. Une personne participante a illustré son expérience :

Je vais dans les cliniques et je leur demande... «y a-t-il une autre option?», et c'est vraiment rare que l'option X existe, et qu'ils comprennent ça. Alors, il faut que je le dise devant la réceptionniste [...], mais tu as tous les gens autour qui écoutent... C'est comme... c'est comme se *outer*, tu sais, [avec ce que ça comporte de] peur de la violence, ces trucs-là.

Pour les personnes non binaires, l'absence de formulaire inclusif, avec la mention X, les contraignait à dévoiler leur identité de genre, et ce, de manière répétée. Les personnes participantes ont souligné que ce manque d'inclusivité contribuait à leur sentiment d'exclusion et pouvait entraîner des répercussions émotionnelles importantes, notamment le stress, l'anxiété et un sentiment de vulnérabilité. Une personne participante a ajouté :

Je raisonne aussi avec le fait qu'il faut faire un coming-out qui est comme un peu forcé. Il n'y a pas vraiment d'espace créé pour le faire. Il faut que nous, nous ayons le courage de juste nommer ça à travers toute la procédure médicale.

En raison du manque de communication entre les services ou de l'absence de prise en compte systématique de leurs identités et pronoms, les personnes participantes ont rapporté devoir constamment se dévoiler (coming-out forcé), ce qui engendrait une fatigue émotionnelle et une réticence à consulter. Face à cette incertitude persistante quant à l'accessibilité et à l'adéquation des services, plusieurs ont indiqué avoir choisi de cesser de consulter ou de le faire avec prudence pour se protéger.

Les personnes participantes ont particulièrement parlé de leur évitement des services institutionnels, comme les CLSC ou les hôpitaux. Certaines personnes participantes préféraient se tourner vers les petites cliniques médicales, les ressources communautaires, telles que des groupes de soutien, jugés comme plus sécuritaires. Cependant, cette réticence à accéder aux structures institutionnelles révélait un profond manque de confiance et un sentiment d'insécurité envers le système de santé québécois.

Enjeux de rareté des services et obstacles à l'accès pour les personnes racisées et migrantes

Pour plusieurs personnes participantes racisées et migrantes, les efforts nécessaires pour accéder aux services semblaient encore plus importants que pour celles non racisées, à cause de la rareté des services spécifiques aux enjeux LBPQ et racisés. Une personne participante a témoigné des obstacles à surmonter pour trouver des ressources appropriées qui prennent en compte les enjeux de migration :

Personnellement, quand j'ai essayé de trouver quelqu'un, un professionnel de la santé mentale, bon, c'était déjà très compliqué, il y avait 20 000 listes d'attente. Je voulais essayer de trouver quelqu'un qui allait comprendre ces enjeux de migration, [mais] je n'ai pas trouvé...

Ce témoignage illustre la difficulté de trouver des professionnel·les de la santé qui sont non seulement disponibles, mais aussi compétent·es pour intervenir sur des enjeux spécifiques à l'intersection de l'immigration et des réalités LBPQ.

Les obstacles administratifs et le manque d'information compliquaient encore plus l'accès aux soins pour ces personnes, comme le décrit une personne participante :

Quand je suis arrivée ici et que j'avais des problèmes de santé, je n'avais pas encore ma [carte de la] RAMQ parce qu'on traitait encore ma demande. J'ai alors réalisé que je ne pouvais pas accéder à beaucoup de services de santé parce que je devais payer de ma poche. Et je n'ai pas d'assurance.

Cette situation met en évidence les difficultés administratives supplémentaires auxquelles ont été confronté·es les nouveaux·elles arrivant·es non couvert·es par la RAMQ ou sans assurance de soins de santé. Ces témoignages illustrent combien les enjeux de migration ont un impact significatif sur l'accès à des soins de santé au Québec. Cette incertitude d'accès à des services de soins a renforcé les inégalités et a compliqué l'intégration de ces personnes dans le système québécois.

Thème 2: Confronter le manque de connaissances et la stigmatisation de la part des professionnel·les de la santé face aux réalités des femmes et personnes LBPQ

Une majorité des personnes participantes ont rapporté avoir fréquemment rencontré de l'incompréhension et un manque de connaissances quant à leurs réalités spécifiques en tant que femmes ou personnes LBPQ. Ces lacunes étaient souvent accompagnées d'attitudes stigmatisantes, ce qui les obligeait à naviguer au sein d'un système de santé non seulement inadapté, mais également marqué par des préjugés qui compromettaient, selon elles, la qualité des soins offerts.

Un problème récurrent relevé dans les témoignages concernait la méconnaissance des réalités spécifiques aux femmes et personnes LBPQ chez les professionnel·les de la santé. Cette ignorance se manifestait par des questions déplacées et inappropriées qui, selon les personnes participantes, témoignaient d'une incompréhension profonde de leurs expériences. Une femme trans participante exprimait d'ailleurs cette réalité :

Je suis donc confrontée à deux problèmes: je dois dire que j'ai une femme et je dois parfois dire que je suis transgenre. [...] Mes expériences aux urgences ou chez un médecin en dehors de ces cliniques queers n'ont pas été très bonnes. Soit parce qu'ils posaient des questions indiscrètes, soit parce qu'ils ne savaient pas comment aborder la situation.

Pour cette participante et plusieurs autres, les interactions avec les professionnel·les de la santé dans des contextes de santé non LGBTQ+ étaient souvent marquées par un manque de compréhension envers leurs réalités. En effet, selon les personnes participantes, les professionnel·les semblaient fréquemment déstabilisé·es ou mal préparé·es, renforçant chez elles un sentiment d'ostracisation et de marginalisation. Selon elles, le manque de connaissances quant à leurs réalités avait des répercussions directes sur leur santé, notamment en créant une surcharge émotionnelle liée au besoin constant d'éduquer les professionnel·les. Pour certaines, cette situation augmentait le stress et l'anxiété associés aux consultations médicales. Plusieurs ont décrit leurs échanges avec des professionnel·les comme une lutte pour être entendues et comprises, ce qui était épuisant et générait des frustrations. Dans un groupe de discussion, plusieurs personnes participantes ont témoigné devoir plaider pour elles-mêmes, comme en témoigne cette citation :

Je me reconnais vraiment dans ce qui a été dit plus tôt [par d'autres personnes participantes] à propos du fait de souvent devoir plaider pour soi-même. [...] C'est juste, je me souviens que c'était toujours une lutte avec [ma médecin], pour m'assurer qu'elle comprenne ce que je traversais [...], ça a toujours été très difficile d'être sur la même longueur d'onde. (Traduction libre)

Les personnes participantes ont fréquemment affirmé avoir dû éduquer des professionnel·les de la santé et justifier leurs vécus et identités, ce qui les amenait parfois à éviter ou retarder des consultations médicales. Une personne participante a témoigné: «J'essaie d'éviter activement d'aller dans les cliniques ou chez les médecins ordinaires parce que je ne veux pas être confrontée à des questions impertinentes ou à un médecin qui ne sait pas comment m'aider.»

Au-delà de la méconnaissance, certaines personnes participantes qualifiaient les attitudes et comportements des professionnel·les de la santé de «violents et stigmatisants». Ces personnes ont rapporté des remarques inappropriées sur leur apparence, leur poids ou leur sexualité, qui constituaient parfois de microagressions. Par exemple, une personne participante a décrit des commentaires lesbophobes entendus dans les couloirs d'hôpitaux qu'elle avait fréquentés, ce qui a renforcé son sentiment de marginalisation et érodé sa confiance envers les professionnel·les :

Parce que moi, j'ai vécu beaucoup d'hospitalisations et [...] quand ils font des commentaires contre nous, sur notre sexualité, bien, on les entend constamment. Fait que souvent, c'est là que j'ai entendu les remarques les plus lesbophobes, comme quoi on était des jeunes «Ah LGBTQ-et-l'alphabet, tout mélangés... qu'on gossait et que c'est sûr qu'on voudrait se suicider si on était lesbienne...»

Les personnes participantes ont également souligné que la stigmatisation se manifestait par des comportements hétéronormatifs et cisnormatifs, tels que le mégenrage (utiliser un prénom, pronom ou autre mention de genre qui ne correspond pas à l'identité de genre d'une personne) et l'invisibilisation des relations queers. Une personne participante a relaté une expérience récente :

Dernièrement, je suis allée me faire tester avec ma blonde, puis comme... nous avons insisté pour dire «oui, c'est ma blonde; c'est ma blonde», puis tout le long, ça a été «puis votre amie? Votre collègue? Votre...» Tout le long, j'étais comme hum... Jamais on n'a respecté nos pronoms, même si nous les avons mis sur le [formulaire]. Tout le long!

Similairement, plusieurs personnes non binaires ou trans ont affirmé que, de manière générale, les professionnel·les ne faisaient aucun effort pour utiliser leur prénom de préférence, renforçant ainsi leur sentiment de marginalisation et d'invisibilisation. Une personne participante a expliqué :

Ces temps-ci, je suis en arrêt de travail, [ça] fait que je vois [la médecin de famille] tous les mois. Il n'y a pas une fois où elle a utilisé le bon prénom. [...] Mettons, elle utilise mon *deadname*... quelques fois [...], après 10 minutes que je suis dans son bureau, elle le réalise... parce que je ne le lui dis même plus parce que j'ai renoncé! Puis, elle s'excuse pendant 10 minutes de «non, mais là, je ne suis pas habituée, mais je fais vraiment des efforts [...]», alors là, je pense juste comme : « Je ne vais pas te rassurer, je ne vais pas comme te donner une petite tape dans le dos pour te dire que tu es donc ben fine ». À ma dernière rencontre, c'était tellement malaisant que j'ai dit «Sais-tu quoi? Utilise juste mon *deadname*», ça va être moins violent.

Selon les personnes participantes, ces expériences représentaient des formes de violence qui contribuaient à la détérioration de leur santé mentale et renforçaient leur méfiance envers les professionnel·les de la santé.

Certaines personnes ont également témoigné d'attitudes grossophobes de la part des professionnel·les de la santé, qui avaient tendance à attribuer leurs problèmes de santé uniquement à leur poids, écartant ainsi la possibilité d'autres diagnostics. Ce type d'interaction a contribué à l'évitement des services de soins de santé et à un sentiment accru de méfiance, ainsi qu'en témoigne une personne participante :

Moi, je sais que je ne vais jamais aller voir de nouveaux professionnels parce que ça va souvent [...] être mon poids, tu sais, la raison [...]. J'ai un problème à mon dos? C'est mon poids, tu sais bien, ce n'est pas l'endométriose, par exemple. Ça fait que [...] je pense juste que ça sert à rien.

En réponse à ces expériences négatives, plusieurs personnes participantes ont expliqué avoir adopté des stratégies de dissimulation afin de limiter les risques de discrimination. Certaines ont modifié leur apparence ou caché leur orientation sexuelle ou leur identité de genre pour éviter les jugements et préjugés lors des consultations médicales. Selon les personnes participantes, ces stratégies illustraient l'ampleur des préjugés auxquels elles devaient faire face dans les services de soins de santé.

Manque de connaissances sur les enjeux spécifiques aux personnes LBPQ racisées et migrantes

Les personnes participantes racisées et migrantes ont rapporté se sentir dans une impasse en ce qui concerne l'accès à des soins adaptés à la fois à leurs réalités LBPQ et à leur culture. Une personne participante a confié ce qui suit :

En tant que nouvelle génération d'immigrants, nous sommes coincés dans une situation où nous ne pouvons pas accéder aux services de thérapie qui traitent de la santé des queers parce qu'il s'agit d'un phénomène spécifiquement occidental. Nous ne pouvons pas accéder aux services de personnes issues de nos milieux culturels, du moins en ce qui me concerne, parce qu'elles ont des notions [sur les identités sexuelles et de genres] très désuètes ou très incompatibles avec les miennes. (Traduction libre)

D'après ce témoignage et ceux d'autres personnes racisées, bien que certain·es professionnel·les de la santé racisé·es puissent faire preuve d'une certaine compréhension culturelle, ielles ne disposaient souvent pas des compétences nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des personnes LBPQ racisées et migrantes. Ce manque de compétence renforçait le sentiment de solitude et de vulnérabilité de ces personnes. En raison d'une perspective occidentale dominante sur les réalités LBPQ et un manque de soutien culturel adapté, ces personnes ressentaient une exclusion et une marginalisation accrues dans leur quête de soins adéquats, ce qui contribuait à un climat de découragement et de frustration, compromettant leur bien-être.

Thème 3: Ressentir l'invalidation des symptômes et de la sexualité des femmes et personnes LBPQ

Les personnes participantes à l'étude ont fréquemment exprimé un sentiment d'invalidation de la part des professionnel·les de la santé. Celle-ci se traduisait notamment par la minimisation de leurs douleurs physiques et par la perception erronée d'une sexualité inactive chez les femmes et personnes LBPQ, créant un obstacle majeur à l'établissement d'une relation de confiance avec le système de soins de santé.

La minimisation des douleurs physiques représentait une forme courante d'invalidation rapportée par les personnes participantes. D'après leurs récits, les professionnel·les de la santé avaient tendance à sous-estimer ou à ignorer leurs douleurs, ce qui était perçu par plusieurs comme reflétant des stéréotypes selon lesquels les femmes exagéreraient leurs symptômes. Cette invalidation des symptômes physiques amenait certaines personnes participantes à retarder leurs consultations ou à renoncer aux soins. Une personne participante a raconté une expérience particulièrement révélatrice, où un·e professionnel·le de la santé a explicitement remis en question la légitimité de ses symptômes en s'appuyant sur des préjugés genrés :

C'était un peu du genre «*you over-exaggerate... tu exagères tes symptômes*». Puis ça, c'est documenté, c'est quelque chose de connu. Il y a même des études anthropologiques là-dessus... On dit toujours «*vous [les femmes], exagérez vos émotions*» et c'est ce que je subis personnellement.

L'invalidation des expériences et des traumatismes liés à la sexualité était également un enjeu préoccupant. Un exemple particulièrement éloquent est celui d'une personne participante dont le traumatisme lié à des agressions sexuelles a été minimisé en raison de l'orientation sexuelle de la personne autrice de violence :

En lien avec des expériences d'agression à caractère sexuel qui m'ont causé des traumatismes, j'ai été accueillie comme... à me faire dire que j'étais une femme et que je ne devrais pas être traumatisée parce que c'était avec d'autres personnes queers, les trucs vraiment violents que j'ai vécus.

Ces différentes formes d'invalidation ont eu des conséquences particulièrement graves en milieu rural, où les options de soins sont déjà limitées. Certaines personnes participantes ont rapporté avoir complètement perdu confiance dans les services de santé à la suite de telles expériences, se retrouvant sans ressources pour gérer leurs traumatismes ou leurs besoins en santé.

Expériences d'invalidation et d'exclusion des femmes et personnes LBPQ racisées et migrantes

Certaines personnes participantes racisées et migrantes ont décrit avoir fait face à des défis associés à leurs origines ethniques et culturelles. Leurs symptômes étaient souvent perçus par les professionnel·les à travers un prisme de stéréotypes raciaux ou culturels. Plusieurs ont exprimé un sentiment d'invalidation quant à leur identité, que ce soit en raison de leur sexualité, de leur origine raciale ou ethnique, ou d'un manque de respect général de la part des professionnel·les de la santé. Par exemple, une personne participante a témoigné que, lors d'une consultation, un·e professionnel·le s'adressait à sa partenaire blanche plutôt qu'à elle, la faisant se sentir déshumanisée et invisibilisée :

Je ne sais pas si je peux parler sur le racisme aussi [...], parce que ma blonde, en fait, elle est française, donc elle est blanche [...]. Par exemple, au lieu de s'adresser directement à moi pour me poser des questions [qui me concernent] [...], on les lui pose à elle. C'est comme si j'étais l'animal de compagnie.

Cette expérience d'invalidation illustre des situations similaires vécues par d'autres personnes participantes racisées, révélant un environnement de soins perçu comme excluant et aliénant. Certaines personnes participantes ont souligné que de tels comportements contribuaient à accroître les inégalités de traitement et renforçaient le sentiment d'être ignorées ou incomprises, ce qui avait des répercussions directes sur leur santé physique et mentale.

L'invalidation de la sexualité lesbienne et des sexualités non hétéronormatives a aussi été un enjeu central soulevé par plusieurs personnes participantes. Elles ont noté que les relations entre femmes étaient souvent perçues comme inexistantes ou insignifiantes par les professionnel·les. Une vision phallogcentrique semblait régner dans le système de santé, comme l'a exprimé une personne participante :

C'est comme si c'était une sexualité inexistante. Et je suis certaine qu'ils ne feraient pas pareil si c'était deux hommes, ils auraient pris ça plus en considération, mais juste parce que c'est des femmes, que c'est une sexualité qui ne tourne pas autour, ou qui n'a pas un rapport avec, un pénis...

Cette attitude était perçue comme le reflet d'une profonde ignorance de la sexualité des femmes et personnes LBPQ. Cette incompréhension les plaçait en décalage avec le système de soins, exacerbant leur exclusion et leur invisibilisation dans les contextes médicaux.

Les personnes interrogées ont également parlé de l'invalidation de leurs besoins en matière de soins de santé sexuelle. Par exemple, plusieurs ont rapporté s'être vu refuser ou ont fait face à de la réticence lorsqu'elles ont demandé des tests de dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ou des traitements préventifs contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), comme la prophylaxie préexposition (PrEP). Ces refus ou réticences contribuaient à ce qu'elles se sentent exclues du système de santé. Une personne participante a d'ailleurs clairement exprimé comment des femmes et personnes LBPQ étaient exclues de l'accès à certains soins préventifs en matière de santé sexuelle :

[Un professionnel de la santé] m'a déjà refusé des tests d'ITSS parce qu'il disait que c'est plus les hommes qui ont du sexe avec les hommes qui ont, par exemple, ces ITSS dans la gorge. [...] Il a fallu que j'insiste vraiment parce que moi, je n'ai pas de relations sexuelles avec

des hommes hétéros, j'ai des relations sexuelles avec des hommes queers ou bisexuels, [ça] fait que je ne suis pas une statistique. [...] Je suis autant à risque qu'eux, mais ça, le professionnel de la santé ne le voit pas.

D'après certaines personnes participantes, cette invisibilisation des risques de transmission d'ITSS entre femmes et personnes LBPQ créait un environnement médical où la sexualité des femmes et des personnes avec un vagin ou un utérus était minimisée. Selon les personnes participantes, cela les exposait à des risques évitables et les privait de soins adaptés.

Face à ces attitudes invalidantes, certaines personnes participantes ont expliqué avoir développé des stratégies de préparation mentale et logistique avant leurs rendez-vous médicaux. Elles ont décrit les efforts qu'elles faisaient pour anticiper les réactions négatives ou invalidantes des soignant·es, notamment des listes de questions avant un rendez-vous avec un·e nouveau·elle professionnel·le de la santé. Cette préparation, qualifiée d'épuisante par les personnes participantes, était perçue comme sécurisante et essentielle pour naviguer dans un système jugé hostile.

Thème 4: Éprouver un sentiment d'impuissance face aux obstacles aux soins pour les femmes et personnes LBPQ

Les personnes participantes ont souvent exprimé un sentiment persistant d'impuissance face au système de santé, un enjeu central qui allait bien au-delà d'une simple incompréhension des professionnel·les, pour inclure une négation systématique de leurs vécus – c'est-à-dire le fait que les discriminations, stigmatisations et violences qu'elles subissent sont régulièrement ignorées ou considérées comme non fondées par les professionnel·les de la santé. Cette impuissance découlait de l'invalidation répétée de leurs expériences et de préjugés qu'elles percevaient comme profondément enracinés dans le système de santé. En conséquence, les personnes participantes se retrouvaient fréquemment dans un climat d'insécurité, où l'accès à des soins de qualité était limité, exacerbant ainsi leur vulnérabilité et nourrissant leur sentiment d'injustice.

Les interactions avec les professionnel·les étaient perçues comme profondément déséquilibrées sur le plan du pouvoir, souvent amplifiées par un manque d'écoute et d'empathie. Les personnes participantes se sentaient ignorées et dévalorisées, tout en étant dépendantes du système de santé. Pour certaines personnes participantes, cette dépendance limitait leurs options et renforçait leur sentiment d'impuissance. Une personne a expliqué ainsi cette dépendance au milieu médical:

Même si j'ai vécu beaucoup de violence du milieu médical, souvent en lien avec ma sexualité [...], il reste que je dépends du milieu médical. [...] Même si je continue de vivre de la violence [...], je ne peux pas me mettre une limite parce qu'il reste que j'en ai besoin pour mes suivis, pour ma médication, pour ma santé mentale. [...] Même quand je tombe sur des professionnels qui [...] me font des commentaires transphobes ou lesbophobes [...], je suis là pour une raison et je vais y rester.

En outre, plusieurs personnes participantes ont exprimé un sentiment d'objectification, particulièrement lorsqu'elles étaient transférées d'un service à un autre en tant que «cas compliqué». Ce sentiment était particulièrement prévalent chez les personnes trans, non binaires ou neurodivergentes, qui se sentaient dépossédées de leur autonomie dans les décisions médicales. Une personne participante a relaté ce qui suit:

Il a fini par me dire «bien, comme l'approche avec toi n'est pas appropriée, j'ai parlé avec un de mes collègues [...] et je vais t'envoyer voir ce collègue-là, parce que je pense qu'il est plus à l'aise avec les personnes autistes».

Certaines personnes participantes ont également décrit un manque d'humanité et une absence de reconnaissance de leurs préférences en matière de soins, ce qui renforçait leur sentiment d'impuissance face au système de santé. Ce sentiment était particulièrement marqué dans les échanges médicaux, où elles se sentaient vulnérables, incapables de poser des questions ou d'exprimer leurs besoins.

Bien que ces expériences d'invalidation et de marginalisation aient été décrites à plusieurs reprises par les personnes participantes, celles-ci tentaient de rétablir une forme de pouvoir sur leur santé. Cependant, même lorsqu'elles prenaient l'initiative d'éduquer les professionnel·les sur leurs réalités, elles avaient souvent l'impression de ne pas être écoutées ni prises au sérieux. Comme l'a souligné une personne participante: «J'ai l'impression qu'il n'a juste pas pris [mon identité] au sérieux du tout et qu'il a vu ça comme un symptôme de mes enjeux de santé mentale.» Pour les personnes participantes, le fait que leurs questionnements identitaires, notamment en lien avec le genre, étaient fréquemment associés à des «symptômes» psychologiques renforçait leur sentiment d'impuissance dans leurs relations avec les professionnel·les de la santé.

Renforcement du pouvoir des personnes racisées par l'accompagnement aux rendez-vous médical

Certaines personnes participantes racisées ont expliqué que le fait d'être accompagnées lors de leurs rendez-vous médicaux leur permettait de gagner en pouvoir dans l'interaction avec des professionnel·les, atténuant ainsi leur sentiment d'impuissance. Cependant, l'ethnicité de la personne accompagnatrice influait sur cette dynamique, comme l'a explicité une personne participante :

D'abord, j'ai essayé [avec] mon partenaire qui est une personne [trans masculine] non binaire, mais ensuite, j'ai changé pour mon autre partenaire masculin, [qui est] cis blanc, parce qu'il m'est plus utile. Et [le professionnel] m'a traitée complètement différemment parce que ce partenaire était avec moi.

Une autre personne participante a ajouté: «J'ai l'impression qu'ils forcent beaucoup sur certains stéréotypes, comme... "Ah oui, votre culture, elle est comme ça [...], les Arabes sont misogynes et patriarcaux.» Ces témoignages illustrent comment le pouvoir et la crédibilité dans le contexte médical dépendent de l'identité de genre et de l'origine ethnoraciale de la personne accompagnatrice, renforçant ainsi le sentiment d'impuissance chez les personnes racisées. En outre, les stéréotypes auxquels elles ont fait face ont exacerbé ce sentiment, réduisant leur capacité à se sentir entendues et respectées dans le système de santé.

En somme, les récits des personnes participantes ont mis en évidence un sentiment d'impuissance face aux obstacles à l'accès aux soins, souvent amplifié par un manque d'humanité et de reconnaissance de leurs besoins. De plus, l'invalidation fréquente de leurs expériences et les préjugés ancrés chez les professionnel·les de la santé ont créé un climat d'insécurité. Même lorsque les personnes participantes ont tenté de reprendre le contrôle en éduquant les professionnel·les sur leurs réalités, elles restaient confrontées à des résistances qui entravent leur capacité d'agir sur leur propre santé. Cette dynamique d'impuissance était particulièrement palpable chez les personnes racisées LBPQ qui, malgré leurs efforts pour s'affirmer, semblaient se sentir moins écoutées et respectées, limitant ainsi leur capacité à naviguer efficacement dans le système de santé.

Section 2 : Les perspectives des femmes et personnes LBPQ pour améliorer les services de soins au Québec

L'analyse des groupes de discussion a permis de dégager plusieurs recommandations émises par les personnes participantes pour améliorer les services de santé pour les femmes et personnes LBPQ au Québec. Ces recommandations s'articulent autour de trois axes: (1) la formation et la sensibilisation du personnel de la santé; (2) l'adaptation des structures pour un accès équitable aux soins; et (3) la promotion de postures qui déconstruisent les relations de pouvoir dans les soins de santé.

1. Formation et sensibilisation du personnel de la santé

Les personnes participantes ont, en grande majorité, identifié la formation et la sensibilisation du personnel de la santé, incluant les professionnel·les de la santé, comme un des éléments clés pour améliorer les services de soins aux femmes et personnes LBPQ. Ces personnes ont recommandé un ensemble de mesures présentées ci-dessous.

Formation obligatoire et continue

La majorité des personnes participantes ont souligné l'importance d'une formation obligatoire et continue pour tout le personnel de la santé, incluant les professionnel·les. Comme l'a exprimé une personne participante: «Formation! Formation. Formation de base, formation continue et obligatoire! Pas "Ah moi, je suis queer, fait que je vais aller suivre des formations sur..." Non, non, obligatoire. Tout le monde y passe.» D'après les personnes participantes, cette formation ne devrait pas être une intervention unique, mais être régulièrement actualisée pour suivre les changements dans les réalités vécues et les enjeux des personnes LBPQ. De plus, elle devrait s'accompagner d'initiatives de sensibilisation, comme des témoignages issus directement des expériences des femmes et personnes LBPQ, comme l'a suggéré une personne participante: «Je pense que, justement, ça peut être en fait une voie pour augmenter la résonance d'expériences comme celles qu'on a partagées ici dans le cadre de cette rencontre.»

Une formation qui déconstruit les biais systémiques

Certaines personnes participantes ont recommandé que la formation du personnel de la santé inclue des modules sur la reconnaissance et la déconstruction des biais systémiques, afin de promouvoir des pratiques de soins inclusives. Parmi ces biais, elles ont mentionné la présomption d'hétérosexualité, les stéréotypes liés à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre, perçus comme présents dans le système de soins au Québec. Un élément récurrent des discussions était la remise en question de la norme qui considère l'expérience des hommes cisgenres, hétérosexuels et blancs comme référence par défaut. Une personne participante a exprimé la nécessité de remettre en question cette norme :

Arrêter de considérer l'expérience de l'homme [cisgenre hétérosexuel] blanc comme la base et que tout ce qui dévie de ça est justement un truc « spécial », genre, c'est comme autre chose. En fait, tant qu'on opère dans le système avec le fait que ça, c'est la base, et que tout le reste, c'est comme des spécialités, ça ne marchera pas.

Diversification des professionnel·les et du personnel de la santé

Pour sensibiliser l'ensemble du personnel de la santé, les personnes participantes ont exprimé le souhait de voir davantage de professionnel·les trans, non binaires et racisé·es au sein des structures de santé. Cette représentation contribuerait à sensibiliser le personnel de la santé, en offrant une exposition continue à des collègues aux réalités diversifiées. De plus, certaines personnes participantes ont estimé que cette diversité leur permettrait de se voir représentées dans le système de santé et de mieux s'y identifier. Cela pourrait favoriser un environnement plus inclusif et sécuritaire, comme l'a dit une personne participante : « Moi, je rêve du jour où il va y avoir une personne trans qui va être endocrinologue. [...] On a besoin d'eux autres. »

2. Adaptation des structures pour un accès équitable aux soins

Les personnes participantes ont identifié des obstacles structurels importants qui entravent l'accès aux soins pour les femmes et personnes LBPQ. Leurs témoignages ont révélé que les infrastructures actuelles du système de santé ne sont pas adaptées à leurs besoins et peuvent même être source d'exclusion. Ces obstacles structurels se sont manifestés notamment dans les documents administratifs, les mécanismes de rétroaction et l'accès à un répertoire de ressources adaptées. Comme l'a expliqué une personne participante: « Ces structures-là sont déshumanisantes. Alors, selon moi [...], il faut changer les structures. » Cette transformation des infrastructures nécessite des modifications sur plusieurs plans.

Documents et systèmes administratifs inclusifs

Les personnes participantes ont recommandé l'adaptation des formulaires et des systèmes administratifs pour inclure les pronoms, les accords grammaticaux et l'identité de genre dès le début du parcours médical. Une personne participante, comme d'autres, a soutenu que cette adaptation pourrait réduire leurs expériences négatives dans les services de soins:

Avoir des formulaires où on peut déjà écrire nos pronoms, nos accords, notre identité de genre en début de suivi, ou même en cours de suivi quand on en a besoin, ça peut être aidant, parce que comme ça, tu n'as pas nécessairement [...] à le dire. [Passer] à la parole, c'est vraiment un frein.

Selon certaines personnes participantes, ces formulaires adaptés pourraient créer un environnement plus inclusif et renforcer le sentiment de confort. Cela leur permettrait également de réduire le fardeau émotionnel que représente devoir répéter et expliquer leurs identités à chaque consultation. Certaines personnes participantes ont souligné que cette mesure faciliterait un accueil plus respectueux des identités et aiderait également à lutter contre l'évitement des soins, un enjeu fréquemment soulevé lors des discussions.

Mécanismes de rétroaction pour améliorer l'accessibilité des soins

Les personnes participantes ont insisté sur la nécessité de mécanismes de rétroaction et de plainte accessibles et efficaces. Selon quelques personnes participantes, ces mécanismes pourraient permettre de diminuer les discriminations vécues et favoriser un traitement équitable. Par exemple, une personne participante a expliqué

ce besoin :

Avoir des mécanismes [de communication] continus, comme quelque chose qui pourrait être bidirectionnel. Mettons aujourd'hui, c'est comme si, en tout cas en région, le seul moyen de communication entre le système de santé et les usagers en ce qui concerne la qualité des services, c'est le mécanisme de plainte. Et ça, c'est quelque chose qui est fastidieux, qui est énergivore.

Les personnes participantes recommandaient des mécanismes souples, directement accessibles au sein des structures de soins, pour renforcer la confiance et améliorer la qualité des services offerts. Selon certaines personnes participantes, ces mécanismes pourraient non seulement améliorer l'expérience de soins des femmes et personnes LB PQ, mais aussi contribuer à un système de santé plus réactif et adaptable, capable d'évoluer en fonction des besoins et des préoccupations des patient·es.

Répertoire de ressources et télésoins pour faciliter l'accès aux soins

La création et la mise à jour continue d'un répertoire de professionnel·les de la santé queers ou bienveillant·es envers les queers ont été identifiées comme des solutions pour améliorer l'accès aux soins. Par exemple, une personne participante a partagé : « Tu sais, ça serait le *fun* [d'avoir] comme une espèce de banque de données des professionnel·les qui sont plus *safe*, ou des endroits plus *safe* ». D'après les personnes participantes, cette centralisation des ressources permettrait de lever les barrières informationnelles, en répondant au manque de visibilité et de connaissances sur les ressources disponibles. En effet, plusieurs personnes participantes ont indiqué ne pas savoir qu'il existait des services spécialisés ou comment les localiser, ce qui a constitué un obstacle à l'accès à des soins adaptés.

En parallèle, les télésoins ont été identifiés comme une solution essentielle pour diminuer les barrières géographiques et sociales d'accès aux soins, surtout pour les personnes en région. Une personne participante a notamment affirmé avoir apprécié cette alternative pendant la période d'isolement associée à la pandémie de COVID-19 :

Pendant la COVID [...], je trouvais que l'accès aux soins était beaucoup plus facile parce que, bon, là, il y avait un système en ligne par lequel on pouvait prendre rendez-vous. Donc, si tu étais étudiant, ou tu avais un travail précaire, ou tu ne pouvais pas attendre 15 heures au sans rendez-vous, bien, le tour est joué, tu as ton rendez-vous en ligne.

3. Promotion de postures qui déconstruisent les relations de pouvoir dans les soins de santé

Les personnes participantes insistaient sur l'importance de transformer les dynamiques de pouvoir traditionnelles en santé en encourageant les professionnel·les à adopter des postures d'humilité, d'écoute et d'empathie. Cette recommandation se déclinait principalement sur ces trois points afin d'établir des relations plus égalitaires entre professionnel·les et patient·es LBPQ.

Valorisation de l'expertise des patient·es LBPQ

Les personnes participantes ont mis l'accent sur l'importance de reconnaître et de valoriser leur propre expertise concernant leurs expériences, leurs besoins et leurs réalités. Selon les personnes participantes, cette reconnaissance implique de l'empathie et de l'écoute, comme l'a souligné une personne participante :

J'ai eu des expériences avec des personnes qui manquaient d'éducation sur les enjeux queers, mais qui étaient vraiment dans l'accueil et dans l'écoute, et je pense honnêtement que ce sont mes meilleures expériences. [...] Je pense que c'est vraiment important de travailler l'empathie chez les professionnels de la santé en général.

Selon les discours des personnes participantes, cette approche impliquerait l'adoption d'une posture d'humilité professionnelle — la capacité d'admettre ses limites, de s'ouvrir et d'éprouver une curiosité sincère, comme l'a expliqué une personne participante : « L'expertise est dans les mains de la personne qui vit l'expérience. Donc, d'avoir une posture d'écoute, d'apprentissage, d'intégration et de juste respecter le vécu de la personne. » Les personnes participantes ont souligné que se sentir valorisées et respectées était des éléments clés pour qu'elles se sentent bienvenues et pour améliorer leur perception de la qualité des interactions avec les professionnel·les de la santé. Elles ne s'attendaient pas nécessairement à ce que chaque professionnel·le de la santé soit expert·e des enjeux LBPQ, mais elles insistaient sur l'importance d'une volonté sincère d'apprendre et de comprendre pour rétablir la confiance et développer des interactions plus égalitaires.

Partage du pouvoir décisionnel dans les soins

Les personnes participantes estimaient essentiel d'établir un dialogue où elles seraient activement impliquées dans les décisions concernant leur santé. Une personne participante a expliqué cette approche dans le contexte des examens physiques: «La compréhension que, dans les communautés queers, il y a beaucoup de traumatismes... [Que de] se faire manipuler le corps, [...] que d'être dans un lieu avec du personnel médical, ça peut soulever beaucoup d'enjeux juste physiques.» Ainsi, plutôt que d'établir une relation où le ou la professionnel·le impose des décisions, les personnes participantes étaient en faveur d'une approche collaborative où: (1) les patient·es peuvent exprimer leurs besoins et leurs limites dans un contexte d'écoute empathique; (2) les interventions sont expliquées et discutées plutôt qu'imposées; (3) les préférences et le rythme des patient·es sont accueillis avec respect; et (4) le droit de refuser ou d'interrompre un soin est reconnu et respecté. Selon les personnes participantes, ces suggestions permettraient aux femmes et personnes LBPQ de se sentir en confiance, soutenues dans leur parcours de soins, ce qui réduirait les obstacles à l'accès aux soins et les traumatismes potentiels associés aux expériences dans les services de santé.

Intégration des pratiques et savoirs alternatifs

La déconstruction des relations de pouvoir passe également par la reconnaissance et l'intégration de différentes approches de la santé et des soins, ce qui requiert une humilité face aux savoirs non dominants. Selon quelques personnes participantes, cette humilité implique la prise de conscience que les savoirs occidentaux ne détiennent pas l'unique vérité en matière de santé et de guérison. Une personne participante racisée a souligné la nécessité d'intégrer ces pratiques et savoirs alternatifs:

Je pense que le système de santé dévalorise et diminue vraiment les façons de penser et de guérir qui ne sont pas occidentales [...] Après tout ce qu'ils ont extrait de nous [...], ils manquent de respect envers nos réalités et ce qui nous a aidé·es à guérir et à rester dans nos communautés.
(Traduction libre)

Selon les personnes participantes, cette intégration des pratiques et des savoirs alternatifs exige une écoute et une reconnaissance empathique des différentes manières de concevoir la santé et la guérison. Cette promotion de pratiques qui déconstruisent les relations de pouvoir vise ultimement à créer un environnement de soins plus sécuritaire et adapté pour les femmes et personnes LBPQ.

Conclusion

En conclusion, cette étude met en lumière les défis persistants auxquels font face les femmes et personnes LBPQ dans leur quête de soins au Québec. Malgré les déceptions et les frustrations exprimées quant au système de santé actuel, les personnes participantes ont fait preuve d'optimisme face à la possibilité de l'améliorer. Sur la base de leurs expériences et de leurs suggestions, nous proposons les recommandations suivantes:

- 1. Développer et mettre en œuvre pour les professionnel·les de la santé des formations intégrant des approches queer affirmatives et trans affirmatives.** Ces formations devraient privilégier l'écoute active, le respect et la sécurisation culturelle. Elles viseraient à améliorer la compréhension des réalités LBPQ et à renforcer les compétences en communication inclusive.
- 2. Élaborer un guide pratique destiné aux professionnel·les de la santé pour faciliter leurs interactions avec les patient·es LBPQ.** Cet outil inclurait des questions appropriées à poser, des techniques pour favoriser l'écoute et le respect, ainsi que des stratégies pour créer un climat de confiance. Il détaillerait les pratiques à adopter et celles à éviter pour assurer des soins inclusifs et respectueux aux personnes LBPQ.
- 3. Lancer une campagne de sensibilisation pour accroître la visibilité et la compréhension des réalités des femmes et personnes LBPQ.** Cette campagne impliquerait directement les personnes concernées, faisant connaître leurs expériences et les défis qu'elles rencontrent en matière d'inclusion et d'exclusion dans les soins de santé. L'objectif serait d'encourager plus d'empathie et une prise de conscience des réalités de ces communautés chez tout le personnel de la santé.
- 4. Établir des lignes directrices administratives pour rendre les procédures et les formulaires plus inclusifs.** Cela comprendrait l'intégration systématique des pronoms, prénoms et accords de préférence, la facilitation des processus de changement de prénom, et la révision des questionnaires médicaux afin qu'ils reflètent la diversité des identités de genre et des orientations sexuelles.
- 5. Approfondir les connaissances sur les expériences de santé des femmes et personnes LBPQ, en portant une attention particulière aux intersections avec d'autres identités marginalisées.** Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les besoins spécifiques de différents sous-groupes au sein de la communauté LBPQ, notamment les jeunes, les personnes non binaires ou trans, les personnes âgées, les personnes racisées et celles vivant en milieu rural.

La mise en œuvre de ces recommandations nécessitera une collaboration étroite entre les décideur·euses, les professionnel·les de la santé, les chercheur·euses et les communautés LBPQ elles-mêmes. En travaillant ensemble vers ces objectifs, nous pouvons aspirer à un système de santé qui reconnaît et respecte les enjeux des femmes et personnes LBPQ et répond plus efficacement à leurs besoins. Ces efforts contribueront non seulement à améliorer la santé et le bien-être des personnes LBPQ, mais aussi à créer au Québec un système de santé plus équitable et inclusif pour tous·tes.

Lexique

Ce lexique a pour objectif de fournir des définitions générales pour les termes utilisés dans ce rapport en ce qui touche la diversité sexuelle et de genre. Ces définitions ne visent pas à catégoriser les identités sexuelles ou de genre, mais à offrir des outils linguistiques. Il est important de noter que la compréhension et l'utilisation de ces termes par les personnes participantes peuvent différer de ces définitions générales.

Agenre

Se dit d'une personne qui ne s'identifie ni à l'identité de genre féminine ni à l'identité de genre masculine. (Fondation émergence, s.d.)

Approches queeraffirmatives et transaffirmatives

Approches construites sur une vision non binaire du genre, non pathologisante, misant sur le respect de l'autodétermination et l'expertise des personnes sur leur vie. (Pullen Sansfaçon et al., 2019)

Bisexuel·le

Terme utilisé pour qualifier une personne qui ressent une attirance affective et/ou sexuelle pour les personnes du même genre qu'elle et d'un genre différent du sien. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023; Fondation émergence, s.d.)

Bispirituel-le

Terme parapluie créé pour refléter et restaurer les traditions autochtones liées à la diversité sexuelle et de genre, qui ont été et continuent d'être grandement effacées par la colonisation. (Fondation Émergence, s.d.; Hunt, 2016). La bispiritualité est un concept des Premières Nations des États-Unis et du Canada, qui désigne une identité complexe à la fois autochtone et liée à la diversité sexuelle et de genre. La bispiritualité est une stratégie ou un outil d'organisation communautaire et une façon de se décrire. La bispiritualité ne peut se réduire uniquement aux dimensions de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou de l'expression de genre. Elle représente une perspective holistique qui intègre l'identité culturelle, spirituelle et communautaire des personnes autochtones. Il est important de noter que chaque communauté autochtone a sa propre compréhension et sa définition de la bispiritualité. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023; Pruden et Salway, 2020)

Butch

Généralement de sexe féminin, une personne qui se dit *butch* s'identifie comme masculine, que ce soit physiquement, mentalement ou émotionnellement. *Butch* peut également être un terme offensant pour faire référence aux lesbiennes, mais il peut aussi être réapproprié comme une identité positive. (Q Christian Fellowship, s.d.)

Cisgenre

Par opposition au terme «trans», le terme cisgenre désigne toute personne s'identifiant au genre qui lui a été assigné à la naissance. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023)

Cisnormativité

La cisnormativité est le fait de présumer que toutes les personnes sont cisgenres et qu'elles exprimeront leur genre d'une manière qui correspond aux normes de ce genre. Ce mode de pensée établit un lien logique direct et naturel entre le sexe assigné à la naissance, le genre et l'expression de genre. La cisnormativité participe à l'invisibilisation des personnes trans et non binaires. (Fondation émergence, s.d.).

Deadname

Prénom assigné à la naissance et indiqué à l'état civil, mais abandonné par la personne pour se choisir un nouveau prénom qui correspond mieux à son identité de genre. (SOS Homophobie, s.d.)

Demisexuel-le

Se dit d'une personne qui ne ressent de l'attirance sexuelle envers une autre personne qu'après avoir formé un lien émotionnel fort avec celle-ci. (Egale Canada, s.d.)

Genderqueer

Terme d'origine anglo-saxonne utilisé par des personnes s'identifiant comme ni homme ni femme, comme les deux, ou comme toute autre combinaison des deux. Cette identité de genre est souvent considérée comme non binaire, car elle ne correspond pas aux catégories binaires traditionnelles de masculinité et de féminité. (Boutique LGBTQIA, 2023)

Hétéronormativité

L'hétéronormativité est le fait de présumer que toute personne est hétérosexuelle. L'hétéronormativité postule un système de genre binaire dans lequel les sexes masculin et féminin seraient complémentaires. Elle présuppose une concordance nécessaire entre le sexe assigné à la naissance, l'identité de genre et l'orientation sexuelle. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023)

Hétérosexuel·le

Qualificatif s'appliquant à une personne qui ne ressent de l'attirance que pour les personnes d'un genre autre que le sien. (Fondation émergence, s.d.)

Homosexuel·le

Se dit d'une personne qui ressent une attirance affective et/ou sexuelle pour des personnes du même sexe ou genre que le sien. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023)

Identité de genre

Désigne l'expérience intérieure et personnelle que chaque personne a de son genre. Il s'agit du sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou d'être à un autre point dans le continuum des genres. (Ministère de la Justice Canada, 2016)

Lesbienne

Terme s'appliquant à une femme qui ressent une attirance affective et/ou sexuelle pour les femmes. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023; Fondation émergence, s.d.). Certaines personnes non binaires s'identifient aussi comme lesbiennes

LGBTQ+

Acronyme désignant les personnes lesbiennes, gaies, bissexuelles, trans, queers, en questionnement et autres, incluant les personnes intersexes, non binaires, bispirituelles, pansexuelles, etc. D'autres versions de l'acronyme existent. L'acronyme se termine par «+» pour inclure toutes les personnes qui ne s'identifient pas comme hétérosexuelles ou qui ne sont pas cisgenres, reconnaissant ainsi la diversité des identités sous ce parapluie. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023; Fondation émergence, s.d.)

Mégenrage

Le fait d'utiliser un prénom, pronom ou autre mention de genre qui ne correspond pas à l'identité de genre d'une personne, de façon intentionnelle ou non (p. ex. : parler d'une femme trans au masculin). (Fondation émergence, s.d.)

Non binaire

Terme parapluie qui comprend toutes les identités de genre qui ne correspondent pas à la traditionnelle binarité exclusive homme/femme. Certaines personnes non binaires s'identifient aussi comme trans. (Fondation émergence, s.d.)

Pansexuel·le

Qualifie une personne qui ressent une attirance affective et/ou sexuelle envers une personne, peu importe son genre ou son sexe. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023; Fondation émergence, s.d.)

Personne racisée

Dans cette étude, une personne racisée désigne toute personne qui s'est identifiée à une ethnicité autre que blanche. (Souissi, 2024)

Polysexuel·le ou polyamoureux·se

Qualificatif désignant une personne attirée sexuellement par des personnes de plusieurs genres. Une personne polyamoureuse peut avoir des relations amoureuses, affectives et sexuelles avec plus d'une personne à la fois. (Larousse, s.d.)

Queer-friendly (fr: bienveillant envers les queers)

Terme issu de l'anglais pour désigner toute personne qui se comporte de manière bienveillante et tolérante, dans une posture d'acceptation et de compréhension envers les personnes queers. (Saurier et al., 2014)

Queer

Il existe plusieurs définitions de ce terme, mais il est généralement compris comme un terme parapluie regroupant celles et ceux qui résistent aux normes sociétales liées à la sexualité et au genre. D'origine anglo-saxonne, le terme a été réapproprié par les personnes des communautés LGBTQ+ de manière à en faire un symbole d'autodétermination et d'émancipation plutôt qu'une insulte. Une personne queer est une personne qui ne s'identifie pas à l'organisation binaire et rigide des sexes (homme/femme) et des genres (masculin/féminin) et dont l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'expression de genre est fluide (changeante ou inclassable) (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023). Ce ne sont pas toutes les personnes des minorités sexuelles et de genre qui s'identifient à ce terme ou l'utilisent. Ce mot peut encore être vexant pour certaines personnes, particulièrement pour les personnes qui l'ont connu comme insulte. (Fondation émergence, s.d.)

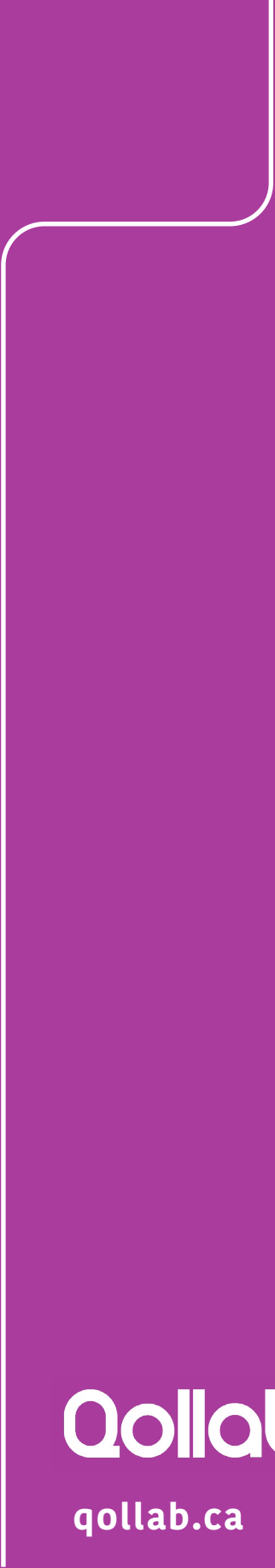
Trans (ou transgenre)

Termes utilisés par certaines personnes pour se décrire quand leur identité de genre est différente du sexe/genre qui leur a été assigné à la naissance. (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023)

Références

- Boutique LGBTQIA. (2023, 8 mars). Genderqueer : Tout ce que vous devez savoir. Boutique LGBTQIA. URL : <https://boutique-lgbtqia.fr/genderqueer/>
- Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie. (2023). Lexique sur la diversité sexuelle et de genre. Dans Secrétariat à la condition féminine, Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie. Gouvernement du Québec. URL : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/Violences/LEX-lexique-diversite-sexuelle-genre-FR-SCF.pdf>
- Egale Canada. (s.d.). Lexique et définitions 2SLGBTQI. Egale Canada. URL : <https://egale.ca/fr/awareness/lexique-et-definitions/>
- Ferlatte, O., Salway, T., Rice, S., Oliffe, J. L., Rich, A. J., Knight, R., Morgan, J., et Ogrodniczuk, J. S. (2019). Perceived barriers to mental health services among Canadian sexual and gender minorities with depression and at risk of suicide. *Community Mental Health Journal*, 55(8), 1313-1321. DOI : 10.1007/s10597-019-00445-1.
- Fondation émergence. (s.d.). Lexique. Fondation émergence. URL : <https://www.fondationemergence.org/lexique>
- Fontaine, E., et Chanady, T. (2024). Enjeux et réalités des identités lesbiennes, bisexuelles et queers au Québec en 2023. Réseau des lesbiennes du Québec.
- Hunt, S. (2016). Une introduction à la santé des personnes bispirituelles : questions historiques, contemporaines et émergentes. Prince George, C.-B. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. URL : <https://www.cnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=156>

- Jakubiec, B. A. E., Pang, C., et Seida, K. (2023). Expériences et besoins en matière d'accès aux soins de santé des femmes, des personnes trans et non binaires LBQ au Canada. Egale Canada. URL : https://egale.ca/wp-content/uploads/2023/10/FR-Action-Through-Connection-Report_Final.pdf
- Larousse, (s.d.). Polyamour ou polyamorie. Dans Dictionnaire de français Larousse. URL : <https://larousse.fr/dictionnaires/francais/polyamour/188551>
- Ministère de la Justice Canada (2016, 17 mai). Identité de genre et expression de genre. Gouvernement du Canada. URL : <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/05/identite-de-genre-et-expression-de-genre.html>
- Plöderl, M., et Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367–385. DOI : <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Pruden, H., et Salway, T. (2020, 29 octobre). Question de méthodes : Qu'est-ce que la bispiritualité et qui est bispirituel(le) dans le domaine de la recherche en santé ? Instituts de recherche en santé du Canada. URL : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52214.html>
- Pullen Sansfaçon, A., École de travail social, Université de Montréal, et Chaire de recherche du Canada sur les enfants transgenres et leurs familles. (2019). Comprendre la diversité sexuelle et de genre pour mieux intervenir : Les jeunes trans et leurs familles. Dans Journées annuelles de santé publique. URL : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2019/jasp2019_diversite_sexuelle_annie_pullen_sansfacon.pdf
- Q Christian Fellowship. (s.d.). Lexique de la communauté LGBT. Q Christian Fellowship. <https://www.qchristian.org/ressources/lexique>
- Rabbitte, M., et Enriquez, M. (2024). Factors that impact assigned female sexual minority individuals health care experiences: A qualitative descriptive study. *American Journal of Sexuality Education*, 19(1), 97–120. DOI : <https://doi.org/10.1080/15546128.2023.2187502>
- Saumier, M.-A., Chamberland, L., Cormier, D., Houzeau, M., Lapierre, A., Lebrun, A., Imbeault, J.-S., Noël, R., et Doyle-Gosselin, S. (2014). Lexique LGBT sur la diversité sexuelle et de genre en milieu de travail. Chambre de commerce gaie du Québec. URL : <https://coco-net.org/wp-content/uploads/2018/08/Lexique-LGBT.pdf>
- Simoni, J. M., Smith, L., Oost, K. M., Lehavot, K., et Fredriksen-Goldsen, K. (2016). Disparities in physical health conditions among lesbian and bisexual women: A systematic review of population-based studies. *Journal of Homosexuality*, 64(1), 32–44. DOI : <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1174021>
- SOS Homophobie. (s.d.). Dans SOS Homophobie – Définitions. URL : <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/deadname>
- Souissi, T. (2024, 20 décembre). Minorités racisées. L'Encyclopédie canadienne. URL : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/minorites-racisees>
- Thompson Burdine, J., Thorne, S., et Sandhu, G. (2021). Interpretive description: A flexible qualitative methodology for medical education research. *Medical Education*, 55(3), 336–343. DOI : <https://doi.org/10.1111/medu.14380>
- Thorne, S. (2016). Interpretive description: Qualitative research for applied practice. 2e éd. Routledge. DOI : <https://doi.org/10.4324/9781315545196>
- Thorne, S., Kirkham, S. R., et MacDonaldEmes, J. (1997). Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health*, 20(2), 169–177. DOI : [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199704\)20:2%3C169::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199704)20:2%3C169::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-I)



Qollab

qollab.ca