

Vers des soins pour toustes :

l'accessibilité des soins pour les patient·e·s francoqueers au Manitoba

Maxe F. Giguère,
Associé·e de recherche,
Collectif LGBTQ* du Manitoba

Danielle de Moissac

Ndeye Rokhaya Gueye



Avec le soutien du comité scientifique composé de :

Charlie Dilk, conseiller clinique indépendant en santé mentale

Danielle de Moissac, professeure titulaire, Université de Saint-Boniface (sciences expérimentales)

Freddy Franco Morales, professeur adjoint, Université de Saint-Boniface (éducation)

Mireille Lemoine, étudiant.e, Université de la Colombie-Britannique (sciences infirmières)

Ndeye Rokhaya Gueye, professeure titulaire, Université de Saint-Boniface (statistiques)

Remerciements et reconnaissances

L'équipe de recherche remercie toutes les personnes qui ont accepté de participer à la présente étude. Elles ont été généreuses de leur temps et cela a permis de contribuer à l'avancement des connaissances sur l'accessibilité des soins pour les personnes francoqueers au Manitoba. Elle remercie également les personnes ayant accepté de participer comme membres du conseil communautaire pour guider la recherche.

L'équipe de recherche remercie les membres du comité scientifique qui ont accepté d'offrir de leur temps pour la réalisation de cette recherche. Leur expertise complémentaire et variée a considérablement enrichi la proposition de recherche, les outils de collecte de données et ce rapport de recherche et continuera d'enrichir les prochaines étapes de *Vers des soins pour toustes*.

L'équipe de recherche remercie également les partenaires de ce projet : Santé Canada et la Société Santé en français qui ont financé sa réalisation, Santé en français, qui a soutenu

la démarche durant toutes les étapes et l'Université de Saint-Boniface, qui a évalué le caractère éthique de la recherche. Elle remercie aussi toutes les organisations qui ont accepté de relayer le matériel de recrutement ou qui relayeront les résultats de cette recherche. Elle remercie tout spécialement le Collectif LGBTQ* du Manitoba qui a travaillé de longues heures pour mettre en route une telle recherche.

Reconnaissance territoriale et positionnalité

Cette recherche s'est déroulée sur les terres faisant partie du territoire traditionnel des peuples anishinabé, cri, oji-cri, dakota et déné et qui sont au cœur de la nation métisse de la Rivière-Rouge, celles façonnées par nos parents, par nos ancêtres et par Louis Riel¹.

Énoncé de positionnalité : La personne chercheuse principale est une personne 2SLGBTQI+, socialisée/perçu comme « homme », universitaire de première génération et francophone du Québec. Ces identités vécues et positions sociales influencent son rapport à la recherche.

1 Cette reconnaissance a été rédigée par l'Union nationale métisse Saint-Joseph du Manitoba pour le rapport *Des nôtres*.

© 2026 Collectif LGBTQ* du Manitoba et Université de Saint-Boniface (USB). Cette publication a été rendue possible grâce à une contribution financière de la Société Santé en français et de Santé Canada.

Tous les documents du Collectif sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits à des fins noncommerciales, en totalité ou en partie, accompagnés d'une mention adéquate de la source et de la référence bibliographique.

Référence bibliographique : Giguère, Maxe F., de Moissac, Danielle et Gueye, Ndeye Rokhaya, (2026). *Vers des soins pour toustes : l'accessibilité des soins pour les patient.e-s francoqueers au Manitoba*. Collectif LGBTQ* du Manitoba.

Pour de plus amples renseignements, consultez collectiflgbtq.ca ou écrivez-nous : info@collectiflgbtq.ca.

Faits saillants

Vers des soins pour toustes : l'accessibilité des soins pour les patient·e·s francoqueers au Manitoba

Contexte

Les personnes 2SLGBTQI+ et/ou d'expression française présentent un état de santé globalement moins favorable. Elles rencontrent paradoxalement davantage d'obstacles pour accéder aux soins sociaux et de santé. L'accessibilité des soins à l'intersection des réalités linguistiques minoritaires et 2SLGBTQI+ demeure peu documentée.

Cette étude constitue la première phase du programme *Vers des soins pour toustes*, une recherche de cinq ans visant à améliorer l'accès aux soins pour les personnes francoqueers au Manitoba. Elle visait à documenter l'expérience d'accès aux soins des patient·e·s francoqueers et contribue à mieux comprendre les parcours de soins à l'intersection des réalités linguistiques minoritaires et 2SLGBTQI+.

Principaux constats de l'étude

Au total, 37 épisodes de soins ont été explorés par le biais de sept entrevues réalisées entre novembre 2025 et février 2026. L'échantillon reflète une diversité d'identités 2SLGBTQI+ et de trajectoires, ainsi qu'une variété de domaines de soins, tout en présentant un profil relativement scolarisé et majoritairement urbain, avec un recours fréquent à des services en anglais.



1. CONTINUITÉ AVEC LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Les personnes participantes rapportent plusieurs obstacles déjà décrits dans les recherches sur les personnes 2SLGBTQI+ et sur les communautés francophones en contexte minoritaire. Parmi ceux-ci : communication principalement en anglais et peu inclusive, absence d'offre active de soins en français et inclusifs, expériences de discrimination et manque d'information sur les ressources disponibles.

2. RECONFIGURATION INTERSECTIONNELLE DE L'ACCÈS AUX SOINS

L'étude met en évidence une dynamique de compromis constants entre plusieurs formes d'accessibilité : linguistique, inclusive, géographique et financière. Le recours à l'anglais devient un mécanisme permettant d'accéder à des ressources, du vocabulaire ou des espaces perçus comme plus ouverts aux personnes 2SLGBTQI+.

3. IMPLICATIONS POUR L'ORGANISATION DES SOINS

L'étude révèle un fort intérêt pour des mesures intersectionnelles. Plusieurs leviers, comme l'embauche de personnel diversifié, la modernisation des services ou la réduction des barrières financières, sont perçus comme bénéfiques à l'ensemble de la population tout en améliorant l'accès aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ et/ou d'expression française.

Recommandations

POUR LES ORGANISATIONS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

- Mettre en place les facilitateurs connus de l'accessibilité des soins pour les personnes 2ELGBTQI+ et d'expression française
- Adopter des stratégies d'accessibilité pour les personnes francoqueers
- Mettre en œuvre des mesures d'accessibilité bénéfiques à l'ensemble de la population

POUR LES DÉCIDEURS POLITIQUES

- Soutenir le développement d'une offre de soins spécifiquement francoqueer
- Réviser les cadres juridiques et politiques entravant l'accès aux soins

POUR LES MILIEUX DE RECHERCHE

- Documenter les angles morts des parcours de soins francoqueers
- Intégrer systématiquement une perspective intersectionnelle dans les recherches
- Améliorer la production de données populationnelles



Santé
Canada

La présente initiative a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.



Société Santé
en français



Santé en
français



Université de
Saint-Boniface



COLLECTIF
LGBTQ* DU MANITOBA

Résumé exécutif

Vers des soins pour toustes : l'accessibilité des soins pour les patient·e·s francoqueers au Manitoba

Contexte et objectif de l'étude

Les inégalités de santé vécues par les personnes 2SLGBTQI+ et celles d'expression française sont bien documentées. Toutefois, très peu de travaux examinent la manière dont ces réalités s'entrecroisent. Les systèmes de soins, les données populationnelles et les recherches tendent à considérer séparément les dimensions linguistiques et 2SLGBTQI+, ce qui limite la compréhension des expériences vécues à leur intersection.

Cette étude explore les facteurs influençant l'accès aux soins sociaux et de santé pour les personnes francoqueers du Manitoba. Elle constitue la première phase du programme Vers des soins pour toustes, une initiative de recherche sur cinq ans visant à améliorer l'accessibilité des soins pour les personnes francoqueers, notamment par le développement d'une formation professionnelle et de l'outil diagnostique Bien dans notre peau. Elle vise à documenter l'expérience concrète d'accès aux soins des personnes francoqueers au Manitoba.

Méthodologie

Au total, 37 épisodes de soins ont été explorés à partir d'entrevues semi-structurées réalisées entre novembre 2025 et février 2026 auprès de

sept personnes francoqueers. Les participant·e·s présentaient une diversité d'âges, d'identités de genre, d'orientations sexuelles et de parcours de vie et les parcours de soins couvraient plusieurs secteurs (soins primaires, de santé mentale, spécialisés, paramédicaux et 2SLGBTQI+).

Les données ont été analysées de manière déductive, à partir des facteurs déjà documentés pour les populations 2SLGBTQI+ et d'expression française, puis de façon inductive afin d'identifier les phénomènes propres à leur intersection.

Principaux constats

1. CONTINUITÉ AVEC LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Les personnes participantes rapportent plusieurs obstacles déjà décrits dans les recherches sur les personnes 2SLGBTQI+ et sur les communautés francophones en contexte minoritaire. Parmi ceux-ci :

- des expériences de discrimination ou de refus de soins;
- un manque de services et d'informations disponibles en français ou inclusifs;
- une offre active inconstante, avec des communications principalement en anglais et peu inclusives;

- des procédures administratives et formulaires peu inclusifs et adaptés sur le plan linguistique;
- un manque de formation généralisé des prestataires;
- des coûts limitant l'accès à certains services, particulièrement en santé mentale et en soins paramédicaux.

Ces constats confirment que les inégalités observées ailleurs au Canada sont bien présentes au Manitoba.

Toutefois, l'étude montre que ces barrières ne s'additionnent pas simplement : elles interagissent et transforment profondément l'expérience d'accès aux soins. Elle met ainsi en évidence plusieurs dynamiques proprement intersectionnelles, peu documentées dans la littérature scientifique en raison de cloisonnements entre les recherches 2SLGBTQI+ et celles sur les personnes d'expression française.

L'analyse révèle néanmoins que ces deux champs de recherche reposent sur plusieurs facteurs conceptuellement similaires. Par exemple, l'offre active de services en français fait écho aux stratégies d'inclusion des personnes 2SLGBTQI+; les enjeux de communication linguistique rejoignent ceux du langage inclusif; et les processus de dévoilement de l'identité linguistique ou 2SLGBTQI+ reposent sur des dynamiques comparables. Malgré ces parallèles, ces phénomènes sont rarement analysés conjointement.

Ces cloisonnements conceptuels se reflètent également dans l'organisation des services : les ressources francophones et les ressources 2SLGBTQI+ évoluent souvent parallèlement plutôt qu'en complémentarité. Cette séparation structurelle oblige les personnes francoqueers à naviguer entre deux systèmes peu arrimés.

De même, la petitesse des milieux francophones et leurs associations symboliques à des institutions religieuses suscitent chez plusieurs des

craintes de discrimination ou de confidentialité liées à leur identité 2SLGBTQI+. Ces craintes peuvent mener à éviter ces espaces malgré un désir de recevoir des services en français.

Enfin, les participant·e·s accordent une grande importance aux affinités identitaires ou expérientielles avec les professionnel·le·s, perçues comme favorisant la confiance, la compréhension et la sécurité. Cette dimension relationnelle est relativement peu mise de l'avant dans la littérature, généralement centrée sur la formation ou les compétences techniques.

2. RECONFIGURATION INTERSECTIONNELLE DE L'ACCÈS AUX SOINS

L'apport principal de l'étude réside dans la mise en évidence d'une dynamique de compromis constants entre plusieurs formes d'accessibilité : linguistique, inclusive, géographique et financière.

Alors que les politiques en matière de services en français reposent souvent sur l'idée que les personnes francophones priorisent naturellement leur langue, les trajectoires observées montrent plutôt une hiérarchisation contextuelle des besoins. Lorsqu'un choix s'impose, plusieurs privilégient des soins perçus comme inclusifs, même en anglais, plutôt que des soins en français jugés moins sécuritaires ou moins adaptés à leurs réalités.

Le recours à l'anglais devient un mécanisme permettant d'accéder à des ressources, à du vocabulaire ou à des espaces perçus comme plus ouverts aux personnes 2SLGBTQI+. Cette adaptation individuelle compense une absence d'arrimage structurel entre réseaux francophones et services 2SLGBTQI+.

L'importance accordée au savoir expérientiel des prestataires met en lumière une tension entre une approche fondée sur l'expérience vécue et une approche plus techniciste qui mise principalement sur la formation ou les compétences linguistiques comme garantes d'une expertise en soins inclusifs.

3. IMPLICATION POUR L'ORGANISATION DES SOINS

Les personnes francoqueers expriment un fort intérêt pour des mesures intersectionnelles.

Plusieurs leviers, comme l'embauche de personnel diversifié, la modernisation des services ou la réduction des barrières financières, sont perçus comme bénéfiques à l'ensemble de la population tout en améliorant l'accès aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ et/ou d'expression française.

Les besoins se manifestent différemment selon les secteurs de soins.

- Soins primaires et santé mentale : Ce sont les domaines où la combinaison langue et inclusivité est la plus importante, mais aussi la plus difficile à trouver. L'identification de prestataires inclusifs demeure ardue et les soins de santé mentale sont rarement disponibles en français. L'absence de couverture financière publique de soins de santé mentale conduit à des compromis supplémentaires.
- Soins spécialisés et d'urgence : Le caractère technique ou urgent des interventions fait primer la rapidité et l'expertise clinique sur les dimensions linguistiques ou inclusives. Ces soins sont presque systématiquement en anglais, même dans les organisations bilingues, et l'inclusivité y est rarement priorisée, ce qui rend l'offre active de soins inclusifs et en français encore plus importante.
- Soins paramédicaux : L'accès dépend davantage des ressources financières et de la capacité à naviguer dans un système majoritairement anglophone qui n'est pas couvert par les politiques de soins en français.
- Soins 2SLGBTQI+ : Ils sont principalement offerts en anglais et jamais désignés bilingues ni francophones. L'obligation de passer par un·e prestataire primaire pour certains soins crée des délais

supplémentaires et expose les personnes au risque de se faire refuser les soins. La disponibilité de soins, même en anglais, demeure très limitée et peut nécessiter des déplacements hors province.

Dans l'ensemble, l'accès aux soins repose largement sur les capacités d'adaptation individuelles plutôt que sur une organisation structurellement inclusive et bilingue.

Recommandations

Pour les organisations de santé et de services sociaux

1. Mettre en place les facilitateurs connus de l'accessibilité des soins pour les personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française :
 - a. Soins en français: inclure les compétences linguistiques en français comme critère d'embauche, rendre visible les prestataires d'expression française (ex : insignes), assurer l'effectivité de l'offre active, intégrer une formation professionnelle sur les réalités linguistiques en contexte minoritaire;
 - b. Soins inclusifs : adopter un langage inclusif dans toute communication orale ou écrite, rendre visibles des marqueurs d'inclusion (ex. affiches), intégrer une formation professionnelle sur la santé 2SLGBTQI+, réviser les politiques et procédures implicitement discriminatoires, mettre en place des stratégies de recrutement favorisant la rétention et l'embauche de personnel 2SLGBTQI+;
2. Adopter des stratégies d'accessibilité pour les personnes francoqueers :
 - a. Organisations 2SLGBTQI+ : rendre disponible les ressources en français (ex. site web, formulaires), identifier clairement les services accessibles en français, intégrer l'offre active de soins en français;

- b. Organisations francophones : intégrer explicitement les réalités 2SLGBTQI+ dans les bottins de ressources, formulaires et communications, minimiser les affiliations symboliques religieuses et offrir activement des soins inclusifs;
- 3. Mettre en œuvre des mesures d'accessibilité bénéfiques à l'ensemble de la population : diversifier le personnel embauché afin de refléter les communautés desservies, réduire les barrières financières aux soins, simplifier les démarches administratives en modernisant l'accès aux soins et données (ex. télésanté, accès patient aux données de santé).

Pour les décideurs publics :

- 4. Soutenir le développement d'une offre de soins spécifiquement francoqueer, par exemple en finançant des initiatives cliniques ou communautaires intégrant simultanément expertise linguistique et inclusive et soutenir davantage les initiatives pour les soins en français ou inclusifs en cours;
- 5. Réviser les cadres juridiques et politiques entravant l'accès aux soins, tels que la non-reconnaissance légale de certains modèles familiaux 2SLGBTQI+ et l'obligation d'avoir un prestataire primaire pour obtenir des soins 2SLGBTQI+.

Pour les milieux de la recherche :

- 6. Documenter les angles morts des parcours de soins francoqueers, dont les soins à domicile, les soins palliatifs, la santé sexuelle ou les refus de soins, et explorer les phénomènes émergents proprement intersectionnels, comme le bilinguisme francoqueer;
- 7. Intégrer systématiquement une perspective intersectionnelle dans les recherches existantes, en ajoutant à la fois des variables sur les identités linguistiques et 2SLGBTQI+;
- 8. Améliorer la production de données populationnelles sur l'accessibilité des soins en intégrant les variables linguistiques et 2SLGBTQI+ dans les systèmes cliniques et une collecte automatisée de mesures autorapportées.



La présente initiative a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.



Table des matières

1.	Introduction	11
2.	Cadre théorique et conceptuel	12
	2.1. Cadre théorique	12
	2.2. Cadre conceptuel	13
3.	État des connaissances	16
	3.1. Profil des personnes 2SLGBTQI+ d'expression française du Manitoba	16
	3.2. La santé des personnes 2SLGBTQI+ d'expression française	17
	3.3. Un accès limité aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française	19
	3.4. Les barrières et facilitateurs de l'accessibilité aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française	20
	3.5. Limites actuelles des connaissances	31
4.	Objectifs et importance de la recherche	32
	4.1. Objectifs	32
	4.2. Importance de la recherche	32
5.	Méthodologie	33
	5.1. Échantillonnage	33
	5.2. Recrutement	33
	5.3. Collecte	34
	5.4. Transcription, analyse et validation des données	34

6.	Résultats	35
	6.1. Description de l'échantillon	35
	6.2. Facteurs d'accessibilité des soins	36
	6.3. Facteurs transversaux	50
7.	Discussion	51
	Continuité avec la littérature scientifique	51
	Reconfiguration intersectionnelle de l'accès aux soins	53
	Implication pour l'organisation des soins	54
	Variations selon les catégories de soins	54
	Limites de l'étude	55
	Recommandations	56
8.	Conclusions	58
	Déclaration d'intégrité académique	58
9.	Bibliographie	59
10.	Annexes	73
	10.1. Annexe A – Cadre PICOS	73
	10.2. Annexe B – Résumé des facteurs	74
	10.3. Annexe C – Tableaux sociodémographiques	75

1. Introduction

Depuis sa création en janvier 2019, le Collectif LGBTQ* du Manitoba a pour mission de promouvoir la santé et le bien-être des communautés 2SLGBTQI+ d'expression française de la province.

Ses travaux reposent sur des recherches communautaires visant à fournir un portrait objectif des besoins. Parmi ses initiatives, l'étude *Des nôtres* a révélé que la santé constitue un secteur prioritaire (Prada et al., 2021) et a donné lieu à deux articles scientifiques sur l'utilisation des services et la santé mentale (de Moissac et al., 2024; Prada et al., 2023). Le Collectif a également conçu l'outil *Bien dans notre peau* pour évaluer la sécurité et l'inclusivité des services et réalisé une étude complémentaire à *Des nôtres* ciblant les jeunes (Avanthay Strus et al., 2024; Courcelles et al., 2023).

Reconnaissant les discriminations vécues par les personnes 2SLGBTQI+, les francophones et celles à l'intersection de ces identités, le gouvernement du Canada a adopté un plan d'action fédéral 2SLGBTQI+ axé sur la santé et le bien-être, incluant le soutien aux organismes communautaires (Gouvernement du Canada, 2022). Parallèlement, le Plan d'action 2023–2028 pour les langues officielles vise à renforcer l'accès aux services en français (Gouvernement du Canada, 2023b).

C'est dans ce contexte que s'inscrit le programme *Vers des soins pour toutes* (VST), une recherche quinquennale (2023–2028) visant à améliorer l'accès aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française au Manitoba. Le projet est mené en collaboration avec un comité scientifique, un conseil communautaire composé de

membres des communautés francoqueers du Manitoba et un comité des partenaires regroupant des organisations manitobaines. Ce programme comprend trois phases visant à améliorer l'accès aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française au Manitoba.

- Une étude qualitative par entrevues sur l'expérience des patient·e·s afin d'identifier les barrières et facilitateurs d'accès aux soins;
- Des consultations auprès des prestataires et gestionnaires pour cerner les besoins en formation et valider les données de la phase 1;
- L'évaluation d'un complément de formation professionnelle (devis quasiexpérimental) destiné aux prestataires informé par les deux phases précédentes.

Le présent rapport présente les résultats de la première phase de ce projet. On y retrouve d'abord une présentation des théories et concepts pertinents à l'étude (section 2), une revue de littérature sur l'accessibilité des soins pour les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française (section 3). S'y trouvent ensuite les objectifs (section 4) et la méthodologie (section 5) ainsi que les résultats (section 6) et leur discussion (section 7).

2. Cadre théorique et conceptuel

Cette section présente les fondements théoriques qui orientent la recherche et les concepts centraux de l'étude.

2.1 Cadre théorique

L'intersectionnalité et le modèle écosystémique de la santé ont guidé l'élaboration de la présente recherche.

2.1.1. L'intersectionnalité

L'intersectionnalité est une approche théorique qui explique que les identités sociales (genre, âge, ethnicité, etc.) interagissent pour créer des expériences uniques de discrimination ou de privilège. Elle montre que les systèmes d'oppression (sexisme, racisme, etc.) sont interconnectés et ne peuvent être compris séparément. Ce concept, formulé par [Crenshaw \(1991\)](#), souligne que l'étude des groupes isolés est insuffisante pour saisir la complexité des identités croisées.

Ce cadre est utile pour l'étude des personnes francoqueers, dont l'expérience vécue ne se résume pas à la somme des discriminations liées à la langue et à l'identité 2SLGBTQI+. Ce cadre invite aussi à reconnaître la diversité interne à cette intersection, notamment selon l'âge, l'ethnicité, le handicap, la classe sociale ou le genre. Cette approche a guidé les recherches du Collectif jusqu'à présent ([Avanthay Strus et al., 2024](#); [Prada et al., 2021](#)).

2.1.2. Le modèle écosystémique

L'approche écosystémique de [Bronfenbrenner \(1977\)](#) affirme que l'étude de l'humain doit considérer ses interactions avec l'environnement. Elle repose sur des systèmes imbriqués allant du microsystème (famille, école) au macrosystème (normes sociales, lois) en passant par le mésosystème (interactions entre les acteurs du microsystème) et l'exosystème (structures sociales immédiates). Initialement développée en psychologie, elle s'applique aujourd'hui à la santé et permet d'analyser les facteurs individuels et contextuels influençant l'accès aux soins ([Bronfenbrenner, 1977](#); [McLeroy et al., 1988](#); [Stokols, 1992](#)) et est régulièrement employée en santé 2SLGBTQI+ ([Haviland et al., 2020](#); [Matsick et al., 2024](#); [Mink et al., 2014](#); [Mottier, 2024](#)). Cette approche met en lumière les limites des interventions centrées uniquement sur l'individu et favorise la conception d'actions multiniveaux adaptées ([Colpitts et Gahagan, 2016](#); [Renaud et Lafontaine, 2011](#)), elle est donc adaptée pour *Vers des soins pour toustes*, une étude intersectionnelle dont la troisième phase est interventionniste.

2.2 Cadre conceptuel

Le modèle PICOS ([Richardson et al., 1995](#)) a été utilisé pour structurer la question de recherche et orienter la recension des écrits (voir annexe A). Cette approche permet de clarifier les composantes clefs de l'étude afin de rendre la démarche plus systématique et reproductible. La présente recherche porte sur les facteurs (barrières et facilitateurs) de l'accès aux soins pour les personnes francoqueers au Manitoba durant la période post-covid.

2.2.1. Population : Les personnes francoqueers

Les personnes francoqueers sont les personnes vivant à l'intersection de deux identités marginalisées : l'identité de genre/l'orientation sexuelle et la langue. L'acronyme 2SLGBTQI+ réfère aux identités de genre et orientations sexuelles « Deux esprits, lesbienne, gai·e, bisexuel·le, trans, queer, intersexe et plus » et a été choisi pour unifier la terminologie avec celle du plan d'action canadien 2SLGBTQI+ ([Gouvernement du Canada, 2022](#)) tout en respectant la préférence des communautés concernées pour le sigle « 2S » même en français². La population étudiée est identifiée sur la base de l'autoidentification et les concepts liés au genre et à l'orientation sexuelle ont été décrits dans le premier rapport ([Prada et al., 2021](#)).

Quant à l'identité linguistique, le terme « personnes d'expression française » désigne les personnes qui utilisent le français en contexte linguistique minoritaire au Canada (c.-à-d. hors Québec). Cette formulation est privilégiée par les organisations pour la francophonie et les institutions publiques car, contrairement au terme « francophone », qui relève souvent d'une identification culturelle ou historique, elle permet d'inclure des trajectoires linguistiques variées, notamment en contexte migratoire.

Le terme « francoqueer » est employé dans le présent rapport pour discuter spécifiquement des personnes ayant les deux traits identitaires. Bien que ce ne soient pas toutes les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française qui emploient ce terme, il permet d'offrir une distinction de vocabulaire claire et contrastant avec les personnes « d'expression française » ou « 2SLGBTQI+ » n'ayant qu'un de ces traits identitaires, qui seront aussi discutées dans ce rapport.

2 L'équipe de recherche reconnaît que d'autres termes, comme « DSPG » ou « queer », sont également utilisés pour désigner les communautés 2SLGBTQI+. Elle reconnaît aussi qu'il aurait été possible de définir séparément l'identité de genre, l'orientation sexuelle et le sexe, à l'exemple d'autres équipes et organismes ([Lee et Kanji, 2017](#); [Waite et Denier, 2019](#)). Enfin, elle souligne que le choix d'un acronyme demeure politiquement chargé et fait l'objet de débats au sein même des communautés, débats que ce rapport ne vise pas à trancher.

2.2.2. Intervention : Facteurs influençant l'accès (barrières et facilitateurs)

Divers facteurs peuvent faciliter ou limiter l'accès aux soins. Ils peuvent être observés concrètement ou proposés de manière théorique, selon qu'ils découlent de situations vécues ou de recommandations. Comme chaque barrière possède généralement son équivalent facilitateur, la présente recherche retient le terme englobant de « facteur », sans distinguer ces modalités. Quatre niveaux d'analyses écosystémiques sont retenus pour classer les facteurs :

- **Individuel** : Facteurs liés aux patient·e·s (caractéristiques, comportements, perceptions).
- **Interpersonnel** : Facteurs liés à la relation patient·e·s-prestataires.
- **Organisationnel** : Facteurs liés aux organisations, qu'il s'agisse d'organisations simples (ex: une clinique privée) ou multi-niveaux (ex: une clinique sous une organisation provinciale), qui encadrent l'accès aux soins (environnement, procédures, outils).
- **Structurel** : Contraintes et conditions macrosociales (ex : cadres réglementaires, disponibilité d'ensemble de soins et d'outils, phénomènes sociaux, etc.)

2.2.3. Effets (Outcomes) : L'accessibilité des soins

L'accessibilité renvoie à la possibilité réelle de voir ses besoins de santé comblés, un concept comprenant aussi la qualité, la sécurité et l'inclusivité. Selon ([Levesque et al., 2013](#)), elle repose sur cinq dimensions interdépendantes : abordabilité, acceptabilité, disponibilité,

abordabilité et convenabilité. Ce concept peut être mesuré avec divers outils, dont Bien dans notre peau ([Courcelles et al., 2023](#)), et a été mobilisé en santé des personnes d'expression française ([Éthier et Carrier, 2022](#)).

Bien qu'il n'existe pas de classification unanimement reconnue des types de soins, cette étude retient six catégories:

- **Soins primaires** : Soins de première ligne axé sur la continuité et réalisé par des prestataires primaires, dont des médecins ou infirmier·ère·s praticien·ne·s.
- **Soins d'urgence et spécialisés (secondaires)** : Soins à court terme pour une condition spécifique temporaire, comme une chirurgie, et souvent après référence d'un·e prestataire primaire.
- **Soins de santé mentale** : Soins destinés à soutenir le bien-être émotionnel et psychologique, le plus souvent non couvert par l'assurance publique, réalisé par des spécialistes spécifiques (thérapeutes, psychologues, etc.) et comprenant des activités de prévention, diagnostic, de traitement et d'urgence.
- **Soins paramédicaux** : Soins connexes à court terme et essentiels à la santé, comme les soins dentaires, pharmacies et la physiothérapie, mais le plus souvent pas ou partiellement couverts.
- **Soins 2SLGBTQI+** : Soins (primaires ou secondaires) visant plus spécifiquement les personnes 2SLGBTQI+, comme certains soins de santé sexuelle et reproductive et soins transaffirmatifs.
- **Soins à domicile, de longue durée, de fin de vie et palliatif** : Soins spécialisés ciblant le plus souvent les personnes âgées et comprenant des caractéristiques et intervenant·e·s des soins primaires et secondaires.

Certaines catégories de soins peuvent se chevaucher. Par exemple, il existe des services d'urgence en santé mentale, et plusieurs soins 2SLGBTQI+ relèvent de la première ligne.

La présente étude adopte un classement par épisodes de soins, c'est-à-dire l'ensemble des interventions liées à un même problème de santé, depuis la première prise en charge jusqu'à la résolution de la situation. Un même épisode peut ainsi impliquer plusieurs prestataires et milieux cliniques.

Enfin, la dimension linguistique demeure centrale : chaque épisode est classé comme (1) entièrement en français, (2) entièrement en anglais ou (3) hybride lorsque les interactions, outils et communications alternent entre le français et l'anglais selon les étapes du soin.

2.2.4. Contexte (Setting) : Manitoba post-covid

Cette étude s'inscrit dans le contexte particulier du Manitoba à l'ère postpandémique. Bien que l'Organisation mondiale de la santé ait levé l'état d'urgence en mai 2023, la « période post-COVID » a des balises floues et variable selon les secteurs et les régions. Au Canada, ce contexte est marqué par des transformations sociales et législatives récentes en matière de santé 2SLGBTQI+, une restructuration des services de santé postpandémie et une réalité provinciale spécifique. Le choix de se concentrer sur le Manitoba permet de tenir compte des particularités géographiques, linguistiques et organisationnelles propres à cette province.



3. État des connaissances

Une revue de littérature (académique et grise) a permis de situer le projet de recherche. Cette revue s'est intéressée à quatre aspects centraux :

1. Le profil des personnes 2SLGBTQI+ d'expression française au Manitoba ;
2. Leur état de santé ;
3. Leurs besoins en matière de soins ;
4. Les facteurs influençant leur accès aux services.

Compte tenu du très faible nombre d'études portant spécifiquement sur les personnes francoqueers, la revue s'appuie principalement sur des travaux concernant les personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française, en majorité issus du contexte canadien. Des études internationales ont été mobilisées pour enrichir l'analyse, et les recherches spécifiques au Manitoba sont signalées lorsqu'elles existent.

3.1 Profil des personnes 2SLGBTQI+ d'expression française du Manitoba

Les données linguistiques indiquent que 8,4 % de la population manitobaine est d'expression française (2,8 % langue maternelle) ([Statistique Canada, 2022](#)), avec une hausse des unilingues francophones liée à l'immigration ([Société de la francophonie manitobaine \(SFM\), 2022](#)).

Les personnes d'expression française sont en moyenne plus âgées, souvent isolées et majoritairement en milieu rural ([de Moissac et al., 2015](#); [Muray et al., 2022](#)).

Les données sur les personnes 2SLGBTQI+ sont limitées : le recensement ne collecte pas l'orientation sexuelle et demeure fondé sur une logique binaire, malgré la catégorie libre autorisant l'identification d'autres genres ajoutée depuis 2021 ([Statistique Canada, 2021b, 2024b](#)). Les enquêtes canadiennes qui collectent les identités 2SLGBTQI+ ont recensé 100 815 personnes trans ou non binaires en 2018 et 1.3 millions de personnes 2SLGBTQI+ en 2021

([Gouvernement du Canada, 2024b](#); [Statistique Canada, 2022](#)). Ces chiffres sont probablement sous-évalués en raison de biais de déclaration ([de Vries et al., 2019](#); [Horner et al., 2012](#); [Lee et Kanji, 2017](#); [Waite et Denier, 2019](#)).

Il est difficile de connaître le profil des personnes francoqueers, car les enquêtes ne collectent pas de données intersectionnelles ou ne les rendent pas accessibles (ex : *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*) ([Statistique Canada, 2024a](#)). Seule l'étude de ([Prada et al., 2021](#)) offre un portrait descriptif de la population francoqueer du Manitoba. Une estimation basée sur les taux disponibles suggère environ 4 510 personnes francoqueers au Manitoba (multiplication de : taux de personnes 2SLGBTQI+, taux de personne expression française, proportion de la population du Manitoba par rapport à la population canadienne).

Au Manitoba, l'organisation des soins repose sur un système public universel financé par l'impôt et administré par la province par l'entremise de Santé Manitoba, qui planifie, finance et réglemente les services. Les soins médicalement nécessaires (médecins, hôpitaux) sont couverts par le régime public, tandis que la prestation est largement décentralisée vers des offices régionaux de la santé (ORS) responsables des hôpitaux, des soins de longue durée, des services communautaires et de santé publique. Les médecins de famille et spécialistes exercent majoritairement en pratique indépendante rémunérée à l'acte. Quelques services paramédicaux comme les médicaments hors hôpital, la physiothérapie, la santé mentale ou la vision sont partiellement couverts ou soumis à des programmes ciblés. Des sites cliniques, des programmes et des ORS sont désignés bilingues ou francophones (Soins Communs, 2024), mais la majorité des soins sont en anglais. L'organisme provincial Soins communs (*Shared Health*) s'insère au-dessus des offices régionaux de la santé : il ne fournit

pas la plupart des soins de proximité, mais coordonne et opère des services cliniques et de soutien à l'échelle du Manitoba (p. ex. services de laboratoire, diagnostics, soins spécialisés tertiaires, transport médical, santé numérique, certains programmes provinciaux). Des organismes communautaires en santé francophone et en santé 2SLGBTQI+ offrent aussi des soins à la population et sont principalement financés par Santé Manitoba, Soins Communs, les ORS ou Santé Canada, selon les programmes.

Une particularité du Manitoba est une forte concentration de la population à Winnipeg : selon le recensement de 2021, près de 56% de la population du Manitoba était située à Winnipeg et la densité de la population y était 650 fois plus élevée que la moyenne provinciale (Statistique Canada, 2021a). Plus des deux tiers de la population d'expression française du Manitoba réside à Winnipeg, principalement dans les quartiers francophones Saint-Vital, Saint-Boniface et Saint-Norbert (de Moissac et al., 2012).

3.2 La santé des personnes 2SLGBTQI+ d'expression française

Les personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française présentent un état de santé globalement moins favorable que la population hétérosexuelle, cisgenre et anglophone au Canada. Chez les personnes 2SLGBTQI+, on observe des taux plus élevés de maladies chroniques (cancer, obésité, asthme, maladies cardiovasculaires) et des risques spécifiques, tels que le VIH et le cancer anal chez les hommes gais et bisexuels, ainsi que l'arthrite chez les femmes lesbiennes et bisexuelles (Casey, 2019; Egale Canada, 2020; Jeffries IV

et al., 2021; Matsuzaka et al., 2021; McNeill et al., 2023; Romanelli et Hudson, 2017). Leur santé mentale est particulièrement vulnérable : troubles anxieux et dépressifs, idéations suicidaires, consommation de substances et isolement social, alors que le sentiment d'appartenance à une communauté est un facteur protecteur (Alencar Albuquerque et al., 2016; Bize et al., 2011; Brubaker, 2020; Casey, 2019; Garcia et al., 2020; Haviland et al., 2020; Lee et Kanji, 2017; McGlynn et al., 2020; Prada et al., 2023; Richard et al., 2011;

Wilson et Liss, 2022). Des sous-groupes des communautés 2SLGBTQI+ font face à des défis supplémentaires : les personnes trans font face à des risques plus élevés de suicides et d'homicides (Gouvernement du Canada, 2022; Grant et al., 2011; Hughto et al., 2015; Silverman et Baril, 2023) et les personnes intersexes présentent des taux élevés d'asthme et de dépression, et subissent souvent des chirurgies « correctives » non consenties (Gouvernement du Canada, 2022; Rosenwohl-Mack et al., 2020).

Les personnes d'expression française présentent également une santé physique et mentale moins bonne, avec une prévalence accrue de maladies chroniques, d'obésité, de troubles de l'humeur, de détresse psychologique, de consommation de substances et de symptômes dépressifs et anxieux (Bouchard et Desmeules, 2013; Bouchard et al., 2009; Chartier et al., 2012; de Moissac et al., 2015; Reaume et al., 2024; van Kemenade et al., 2024).

Les personnes cumulant plusieurs identités minoritaires présentent un état de santé plus défavorable. Les aîné·e·s 2SLGBTQI+ sont particulièrement vulnérables à l'isolement, aux barrières financières et à des interactions inconfortables avec le personnel de santé et leurs besoins spécifiques restent peu étudiés (de Vries et al., 2019; Horner et al., 2012). Les personnes migrantes 2SLGBTQI+

peuvent s'installer au Canada pour fuir des environnements hostiles aux personnes 2SLGBTQI+, ont plus tendance à dissimuler leur identité 2SLGBTQI+, sous-utiliser les programmes leur étant destinés, et subir une double discrimination : de leur communauté en raison de leur identité de genre ou orientation sexuelle, et de la communauté 2SLGBTQI+ en raison de leur ethnicité (Chbat et al., 2023; Gates-Gasse et Lassonde, 2015; Saleh et al., 2011).

Les problèmes de santé accru chez les personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française sont en partie explicables par des inégalités sociales, économiques et environnementales qui nuisent à leur santé et à leur accès aux soins, c'est-à-dire de 12 déterminants sociaux de la santé reconnus (Gouvernement du Canada, 2024a). Les personnes 2SLGBTQI+ au Canada vivent plus fréquemment de la précarité et de la discrimination en emploi, de la précarité de logement et de l'itinérance et des taux élevés de pauvreté (Egale Canada, 2020), alors que les personnes d'expression française sont statistiquement plus pauvres et moins éduquées (Bouchard et Desmeules, 2013; Bouchard et al., 2022). Ces conditions sociales participent aux inégalités de santé vécues par les personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française.

3.3 Un accès limité aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française

Malgré les problèmes de santé plus importants, les personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française ont paradoxalement moins accès aux soins que les personnes hétérosexuelles et anglophones. Cet accès limité aux soins se manifeste dans l'ensemble des mesures de l'accessibilité : attentes non satisfaites (de Moissac et al., 2015; Meyer et al., 2020), faible utilisation des soins (Chartier et al., 2012); besoins de soins non comblés (Cleland et al., 2014; Dupuis-Blanchard, 2022; Meyer et al., 2020; Statistique Canada, 2023); accès limité à un·e prestataire primaire (Statistique Canada, 2023); temps d'attente plus long (Statistique Canada, 2023) et soins refusés par les prestataires (Casey, 2019; Egale Canada, 2020).

Les personnes âgées d'expression française présentent davantage de besoins de santé non comblés et se privent plus souvent de services essentiels au maintien à domicile (Bouchard et al., 2022; Dupuis-Blanchard, 2024). Au Canada, 35 % des personnes d'expression française jugent difficile d'obtenir des services en français (40 % au Manitoba), et seules 41 % ont utilisé le français pour communiquer avec leur prestataire primaire (16 % au Manitoba) (Bouchard et Desmeules, 2013). Plus des trois-quarts (76,8%) jugent que l'accès aux soins en français est faible ou inexistant (de Moissac et Bowen, 2017). Ces difficultés d'accès

concernent également la santé mentale, la proche-aidance et les foyers de soins pour personnes âgées (Éthier et Carrier, 2022; Muray et al., 2022). De manière générale, les personnes d'expression française ont un accès limité aux soins de santé (Muray et al., 2022), ce qui se traduit par des séjours hospitaliers plus longs et des taux de réadmission plus élevés (Reaume et al., 2024).

Les personnes 2SLGBTQI+ ont accès diminué à un·e prestataire primaire (77,4 % pour les personnes bisexuelles ou pansexuelles, contre 85,6 % pour les personnes hétérosexuelles) (Statistique Canada, 2023) et recourent davantage aux services d'urgence au Canada (Leeies et al., 2024). Un tiers d'entre elles rapportent avoir vécu une expérience négative dans le système de santé au cours de la dernière année, un taux encore plus élevé chez les personnes trans et personnes racisées 2SLGBTQI+ (Meyer et al., 2020). Au Canada, seules 15 % des personnes bénéficient de soins de santé mentale inclusifs, tandis que 44 % ont accès à des soins d'affirmation de genre (Gouvernement du Canada, 2022, 2023a). Les besoins de santé non comblés demeurent importants : 45 % des personnes trans en font état, dont 42,3 % d'hommes trans et 36,4 % de femmes trans au cours d'une année en Ontario (Egale Canada, 2020; Gouvernement du Canada, 2022).

3.4 Les barrières et facilitateurs de l'accessibilité aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française

Des facteurs connus expliquent ces disparités d'accès aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française au Canada. L'annexe B montre l'intégration de ces facteurs.

3.4.1. Facteurs individuels

3.4.1.1. Comportements

ÉVITEMENT DES SOINS

L'évitement des soins désigne la décision de reporter ou d'annuler l'utilisation de services sociaux ou de santé et se manifeste surtout dans le domaine préventif (ex : dépistage du cancer du sein et cervical chez les femmes lesbiennes et bisexuelles) (Alencar Albuquerque et al., 2016; Bize et al., 2011; Heer et al., 2023). Il peut aussi s'agir de la réticence à utiliser certains types de soins (ex : les soins en français) ou à revendiquer ses droits ou ses besoins de santé (Éthier et Carrier, 2022). Au Canada, 12 % des personnes trans évitent de se rendre à l'urgence lorsque nécessaire (21 % en Ontario) (Egale Canada, 2020; Gouvernement du Canada, 2022) et 21,2 % des patient·e·s expression française évitent les soins lorsqu'ils ne sont pas disponibles en français (de Moissac et Bowen, 2017). Les personnes 2SLGBTQI+ du Canada sont plus susceptibles d'éviter les soins dentaires lorsqu'ils ne sont pas couverts (Gupta et al., 2023). Au Manitoba, les principales raisons d'évitement pour les personnes francoqueers sont l'indisponibilité des services en français de qualité comparables à l'anglais (59,1 %) (ou la qualité du français : 33,3 %), la

méconnaissance des services disponibles (37,9 %) et la crainte de subir de la discrimination (31,8 %) (Prada et al., 2021).

Chez les personnes 2SLGBTQI+, l'évitement est souvent l'effet d'expériences antérieures de discrimination (ou d'insatisfaction) ou au manque de connaissances en santé 2SLGBTQI+ des prestataires (Ayhan et al., 2020; Conyers et al., 2023; Lee et Kanji, 2017; Leeies et al., 2024; McNeill et al., 2023; Romanelli et Hudson, 2017; Silverman et Baril, 2023). Cet effet est particulièrement prononcé chez les personnes âgées qui ont eu beaucoup d'interactions avec le système de santé au cours de leur vie (Alencar Albuquerque et al., 2016; Bize et al., 2011; Heer et al., 2023). Du côté des personnes d'expression française, l'évitement peut être l'effet de l'absence de services en français, l'impossibilité d'obtenir un interprète, la difficulté à s'exprimer en anglais ou la méconnaissance des soins couverts (de Moissac et Bowen, 2017; Éthier et Carrier, 2022; Muray et al., 2022).

DEMANDE DE SOINS EN FRANÇAIS

Les personnes expression française peuvent demander proactivement à recevoir des soins en français. Au Canada, seuls 11,8% demandent des services d'un·e prestataire bilingue (de Moissac et Bowen, 2017) et en moyenne 53,3% demande des soins en

français au Manitoba ([de Moissac et al., 2015](#)). Chez les personnes francoqueers du Manitoba, seules 9,8 % déclarent se faire offrir souvent des soins en français sans le demander ([Prada et al., 2021](#)).

Le fait de demander des services en français pourrait théoriquement contribuer à favoriser l'accessibilité des soins, en permettant de recevoir des services linguistiquement concordants, mais en réalité l'offre de soins en français est inadéquate pour répondre à la demande ([de Moissac et Bowen, 2017](#); [de Moissac et al., 2015](#); [Éthier et Carrier, 2022](#)). De plus, demander les soins en français met les personnes à risque d'être étiquetées comme « difficile » et de subir des attitudes négatives de la part des prestataires ([Forgues et Maillet, 2024](#); [Lévesque, 2022](#); [Schrewe et al., 2023](#)).

3.1.4.2. Sentiments

CRAINTE DE SUBIR DE LA DISCRIMINATION

La crainte de subir de la discrimination désigne l'anticipation d'un traitement négatif en raison de l'identité sexuelle, du genre ou de la langue et peut dissuader les individus de consulter. Évoquée de façon transversale dans la majorité des articles sur l'accès aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ ([Mottier, 2024](#)), cette crainte s'inscrit dans un contexte historique de stigmatisation et de pathologisation des identités 2SLGBTQI+ ([Gouvernement du Canada, 2022](#); [Mottier, 2024](#)). La crainte de subir de la discrimination est moindre lorsque les prestataires sont 2SLGBTQI+, et cet effet est davantage prononcé chez les personnes âgées 2SLGBTQI+ ([Conyers et al., 2023](#)).

3.1.4.3. Traits et préférences individuels

LA PRÉSENCE DES PROCHES

Les proches des personnes 2SLGBTQI+ d'expression française lors de la prestation de services de santé constitue un facteur facilitant l'accessibilité. Les proches peuvent offrir un soutien varié aux patient·e·s : soutien logistique, transport, accès à l'information, etc. Pour les personnes d'expression française, la présence de proches bilingues facilite également la communication avec les prestataires de soins, notamment lorsque les services sont offerts en anglais. Le rôle des proches est particulièrement déterminant pour les personnes âgées, souvent proches aidantes.

LE DÉVOILEMENT IDENTITAIRE

Le dévoilement de l'identité 2SLGBTQI+ peut être à la fois un facilitateur et une barrière à l'accès aux soins et varie entre 17 % et 75 % en fonction de la crainte de discrimination et de l'importance variable y étant accordée par les patient·e·s ([Ayhan et al., 2020](#); [McNeill et al., 2023](#)). Au Manitoba, 50,8 % des personnes francoqueers ne dévoilent que rarement ou jamais leur identité, principalement parce qu'elles jugent, dans 48,1 % des cas, que leur identité 2SLGBTQI+ n'influence pas la prestation de services ([Prada et al., 2021](#)). Ces proportions, toutes deux proches de la moitié, mettent en évidence une tension au sein des communautés 2SLGBTQI+ : pour certain·e·s, le dévoilement est essentiel à la reconnaissance, à la sécurité et à l'adéquation des soins, tandis que pour d'autres, il relève d'une pertinence strictement contextuelle et n'est jugé nécessaire que s'il influence concrètement la prise en charge.

Certains chercheur·e·s soutiennent que l'identité 2SLGBTQI+ constitue une donnée cliniquement pertinente, au même titre que l'âge ou l'appartenance ethnoculturelle, et devrait être intégrée à l'évaluation globale de la personne (Comeau et al., 2023; McNeill et al., 2023), dans le contexte où présumer des informations erronées peut mener à des soins inadéquats (Neville et Henrickson, 2006; Romanelli et Hudson, 2017). Cependant, le dévoilement peut entraîner des effets négatifs, comme la stigmatisation ou un changement d'attitude des prestataires (Ayhan et al., 2020; Comeau et al., 2023; Kuzma et al., 2019; Rufino et al., 2018). Chez les personnes âgées, il peut s'agir d'arrêter de dévoiler son identité sexuelle après l'avoir fait durant la vie, phénomène nommé le « retour dans le placard » (Ayhan et al., 2020; Gouvernement du Canada, 2022; Silverman et Baril, 2023).

Plusieurs facteurs favorisent le dévoilement identitaire : l'identité 2SLGBTQI+ des prestataires, un environnement physique montrant l'ouverture aux identités 2SLGBTQI+ (Brooks et al., 2018) et des pratiques systématiques de collecte des identités 2SLGBTQI+ (McNeill et al., 2023). La création d'occasions par les prestataires est essentielle, compte tenu que l'absence d'occasions est une raison invoquée pour dissimuler l'identité pour 59,3 % des personnes francoqueers du Manitoba (Prada et al., 2021).

3.4.2. Facteurs interpersonnels

Selon Mottier (2024), les facteurs interpersonnels sont généralement peu documentés en recherche sur les personnes 2SLGBTQI+.

3.4.2.1. COMPORTEMENTS ET ATTITUDES DES PRESTATAIRES

Les personnes 2SLGBTQI+ rapportent des comportements discriminatoires compromettant l'accès aux soins, particulièrement chez les personnes trans, bispirituelles, issues de minorités visibles et âgées (Alencar Albuquerque et al., 2016; Ayhan et al., 2020; Silverman et Baril, 2023). 39% des personnes 2SLGBTQI+ au Canada rapportent avoir subi de la discrimination (Gouvernement du Canada, 2022).

La discrimination peut prendre la forme de harcèlement (questions intrusives, négation de l'identité, examens agressifs) (Grant et al., 2011; Meyer et al., 2020; National LGBT Health Education Center, 2016; Rufino et al., 2018) ou d'attitudes négatives, comme des signaux non verbaux ou des commentaires méprisants sur la langue parlée (de Moissac et Bowen, 2017; de Moissac et al., 2015; Éthier et Carrier, 2022; Forgues et Maillet, 2024; Lévesque, 2022; Schrewe et al., 2023). Ces comportements nuisent à la relation thérapeutique et renforcent la perception de stigmatisation (Lee et Kanji, 2017; McNeill et al., 2023; Romanelli et Hudson, 2017). La discrimination peut aussi viser les proches, ce qui réduit leur capacité à soutenir et entraîne une surcharge, accentuant par exemple l'isolement des personnes âgées 2SLGBTQI+ (Silverman et Baril, 2023). Au Manitoba, 65,3% des hommes 2EGBTQI+ rapportent avoir vécu de la discrimination en santé (Souleymanov et al., 2022) et les personnes francoqueers rapportent de la discrimination concernant leur orientation sexuelle (42,6%) et le fait de s'exprimer en français (39,3%) (Prada et al., 2021).

Les refus de promulguer des soins constituent une forme grave de discrimination : 19 à 27 % des personnes trans, 8 % des personnes

LGB et 5 % des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en ont été victimes (Ayhan et al., 2020; Egale Canada, 2020; Grant et al., 2011). Ces refus peuvent être motivés par des objections de conscience (par exemple religieuse), surtout dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, ou un manque de connaissance, notamment pour les soins transaffirmatifs (Casey, 2019; Collège des médecins du Québec (CMQ), 2021; Comeau et al., 2023).

3.4.2.2. Communication adaptée

LANGAGE INCLUSIF

L'utilisation de termes neutres (ex. « partenaire » plutôt que « blonde »), l'ouverture des discussions sur les identités 2SLGBTQI+ et le respect des pronoms choisis favorisent la confiance et le dévoilement identitaire des personnes 2SLGBTQI+ (Brooks et al., 2018; Comeau et al., 2023; Klein et al., 2018; Kuzma et al., 2019; McGlynn et al., 2020; McNeill et al., 2023; National LGBT Health Education Center, 2016; Neville et Henrickson, 2006; Reynolds, 2020; Rufino et al., 2018; von der Warth et al., 2024; Willis et al., 2020). Il s'agit aussi pour les prestataires d'offrir activement des occasions de discuter d'identités 2SLGBTQI+, conformément à ce qui est généralement la préférence des patient·e·s (Ayhan et al., 2020; Brooks et al., 2018; Rufino et al., 2018; Schmitz et Tabler, 2021). La communication inclusive crée un environnement sécuritaire et évite des interventions cliniques basées sur des informations erronées. L'utilisation correcte des termes, notamment les pronoms et noms choisis, permet d'éviter des situations inconfortables conduisant à l'évitement des soins – par exemple lorsqu'une personne trans est appelée par son nom légal et préfère quitter les lieux plutôt que de dévoiler sa transidentité

(Colpitts et Gahagan, 2016; Menkin et al., 2022; Tam, 2019).

LANGUE CHOISIE

Les soins linguistiquement concordants améliorent la satisfaction, la continuité des soins et réduisent les risques liés aux services discordants (Bernier et al., 2013; Drolet et al., 2014; Muray et al., 2022; Reaume et al., 2024). Ils sont particulièrement cruciaux pour les personnes âgées, vulnérables aux barrières linguistiques liées au vieillissement (de Moissac et Bowen, 2017; Drolet et al., 2014; Muray et al., 2022). Malgré cela, plusieurs prestataires supposent que les francophones maîtrisent l'anglais, ce qui limite l'accès à des soins linguistiquement adaptés (Bouchard et al., 2022; Muray et al., 2022). L'offre active de soins en français a un effet facilitateur sur l'accès aux soins linguistiquement concordants.

3.4.2.3. Affinités identitaires

Le partage d'identités sociodémographiques entre prestataires et patient·e·s influence l'accessibilité des soins. Certains traits sociodémographiques des prestataires (âge avancé, masculinité, ethnicité autre que caucasienne, hétérosexualité, religiosité) sont associés à des attitudes plus négatives envers les personnes 2SLGBTQI+ (Alencar Albuquerque et al., 2016; Aleshire et al., 2019; McNeill et al., 2023; Nowaskie et Najam, 2022; Yang, 2021). À l'inverse, les prestataires d'expression française accordent davantage d'importance à la satisfaction des patient·e·s d'expression française (Forgues et Maillet, 2024) et l'identité 2SLGBTQI+ des prestataires favorise le dévoilement et réduit la crainte de discrimination, notamment chez les personnes âgées (Brooks et al., 2018; Conyers et al., 2023). Toutefois, des obstacles structurels, comme la discrimination en emploi ou en

éducation, freinent l'embauche de prestataires 2SLGBTQI+ ou d'expression française, limitant leur représentation dans le système (Beagan et al., 2022; Bizzeth et Beagan, 2023; Morgenroth et al., 2024; Savard et al., 2024).

3.4.3. Facteurs organisationnels

3.4.3.1. Fonctionnement et procédures

OFFRE ACTIVE

Une offre active de soins en français facilite l'accès à des soins linguistiquement concordants. Elle consiste à inviter les patient·e·s à s'exprimer dans la langue officielle de leur choix avant qu'ils n'aient à en faire la demande (Bouchard, Beaulieu, et al., 2012; de Moissac et al., 2015). En l'absence d'une offre active, obtenir des services adaptés sur le plan de la langue repose sur la volonté des patient·e·s à en faire la demande, ce qui crée une barrière supplémentaire (de Moissac et al., 2015). La présence de lois encadrant l'offre active peut alimenter cette pratique, mais l'effectivité des lois dépend de facteurs organisationnels (Forgues et Maillet, 2024). Au Manitoba, l'offre active de soins est prévue par la loi et certaines cliniques, offices régionaux et programmes sont désignées bilingues ou francophones (Soins Communs, 2024).

SERVICES D'INTERPRÉTATION

L'embauche d'interprètes qualifié·e·s peut améliorer la qualité des soins et réduire les rendez-vous manqués (Bernier et al., 2013; Bouchard, Chomienne, et al., 2012; de Moissac et Bowen, 2017). Ces services sont particulièrement importants pour les personnes âgées d'expression française dont les capacités en langue seconde peuvent diminuer au fil du temps (Bouchard,

Chomienne, et al., 2012). À l'opposé, de tels services peuvent porter atteinte à la confidentialité des informations médicales de la personne d'expression française (de Moissac et al., 2015; Drolet et al., 2014). Le recours à des interprètes non formés demeure une pratique problématique au Manitoba (de Moissac et al., 2020).

COLLECTE D'INFORMATIONS IDENTITAIRES

L'inscription dans les dossiers médicaux de données telles le genre, le nom d'usage, les pronoms et l'orientation sexuelle permet aux prestataires d'offrir des soins adaptés aux personnes 2SLGBTQI+ (Bize et al., 2011; Brooks et al., 2018; Comeau et al., 2023), alors que la consignation de la langue facilite la continuité des soins et les références vers des services linguistiquement concordants (de Moissac et al., 2020). Ces pratiques évitent aux patient·e·s de devoir se dévoiler inutilement et incite les prestataires à utiliser une communication inclusive et dans la langue choisie par les patient·e·s. Des politiques standardisées de collecte de données identitaires, comme celles mises en Colombie Britannique, contribue à des pratiques de collecte respectueuses et conformes aux standards d'interopérabilité (British Columbia Ministry of Health, 2025; HL7®, 2024). Au Manitoba depuis 2023, des données sur l'ethnicité sont collectées par certaines organisations, mais cette initiative reste peu répandue et n'englobe pas les données sur l'identité 2SLGBTQI+ et la langue (Sawatzky, 2023), mais l'auto-déclaration de la langue officielle a toutefois été ajoutée sur la nouvelle carte santé du Manitoba (Gouvernement du Manitoba, 2025).

CONFIDENTIALITÉ

Une politique claire sur l'accès et la confidentialité des données est essentielle pour instaurer la

transparence et réduire les craintes liées au partage non consenti (Brooks et al., 2018; Klein et al., 2018; McNeill et al., 2023). Lorsqu'elles sont partagées clairement avec les patient·e·s 2SLGBTQI+, les politiques de confidentialité peuvent contribuer à une plus grande aisance au dévoilement identitaire (Klein et al., 2018).

RÉTROACTION DES PATIENT·E·S

Les processus de plaintes peuvent contribuer à connaître l'accessibilité des soins, mais ces processus sont sous-utilisés : seules 13 % des personnes d'expression française portent toujours ou souvent plainte au Manitoba lorsque les soins ne sont pas disponibles en français (de Moissac et al., 2015). Au Canada, il est le plus souvent considéré que s'il n'y a pas de plaintes, il n'y a pas de problèmes (Muray et al., 2022). Les mesures d'expériences autorapportées (PREMs) sont une pratique de collecte systématique de l'expérience des patient·e·s, le plus souvent par questionnaire et ne faisant pas reposer la charge sur les patient·e·s, et sont un indicateur essentiel de la qualité des soins (Kingsley et Patel, 2017).

3.4.3.2. Affichage et documentation

L'affichage et la documentation adaptées créent un environnement accueillant pour les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française. Les affiches, dépliants et symboles inclusifs (ex. arc-en-ciel, choix de pronoms, toilettes neutres) favorisent la confiance et signalent l'ouverture (Bize et al., 2011; Comeau et al., 2023; Conyers et al., 2023; Klein et al., 2018; Lee et Kanji, 2017; McNeill et al., 2023; Menkin et al., 2022; Meyer et al., 2020; Quinn et al., 2015; Reynolds, 2020; Romanelli et Hudson, 2017; Rufino et al., 2018), alors que l'affichage religieux signale l'inverse (Brooks et al., 2018; Kalmar et Mariano, 2024). Des cliniques affichées ouvertement par et pour les

communautés 2SLGBTQI+ peuvent accentuer ce signal d'ouverture, mais rejoignent plus difficilement les personnes qui ne sont pas ouvertes sur leur identité 2SLGBTQI+ (Comeau et al., 2023; Romanelli et Hudson, 2017). Des formulaires inclusifs avec des options autres que « homme » et « femmes », reconnaissant des modèles familiaux diversifiés et ne s'adressant pas seulement aux personnes hétérosexuelles peuvent accentuer cet effet d'inclusion (Fish et Williamson, 2018; Quinn et al., 2015). L'affichage et la documentation inclusif agit sur le sentiment de confiance des individus 2SLGBTQI+ et contribue au dévoilement identitaire.

L'affichage bilingue et la documentation en français sont essentiels pour les personnes d'expression française, notamment les aîné·e·s et les immigrant·e·s francophones (Bouchard, Chomienne, et al., 2012; de Moissac et Bowen, 2017; de Moissac et al., 2015; Gates-Gasse et Lassonde, 2015). Toutefois, ces documents doivent être accessibles et exempts de traductions complexes (Bouchard et al., 2022). Ces pratiques peuvent notamment inciter les personnes d'expression française à faire la demande de soins en français et à recevoir des soins linguistiquement concordants. Toutefois, l'affichage sans pratiques inclusives ou linguistiques effectives peut être perçu comme discriminatoire (Bouchard et al., 2022; Comeau et al., 2023).

3.4.4. Facteurs structurels

3.4.4.1 Disponibilité des soins et de l'information

La disponibilité des soins et de l'information reflète la capacité du système à répondre à la demande, de façon à éviter une inadéquation entre l'offre et les besoins.

DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION

La disponibilité d'informations claires sur les services permet aux patient·e·s de connaître les soins offerts et d'y accéder au moment opportun. Les caractéristiques des services – langue, inclusivité, accessibilité physique ou financière – doivent également être précisées. À défaut, le manque d'information peut entraîner une utilisation inappropriée des services d'urgence pour des problèmes non urgents, notamment chez les personnes immigrantes, ou un évitement des soins (Bernier et al., 2013; de Moissac et al., 2015). Les personnes d'expression française soulignent d'ailleurs un besoin marqué pour un répertoire centralisé d'information, en raison d'un manque chronique de ressources disponibles (de Moissac et Bowen, 2017; Muray et al., 2022).

Au Manitoba, les personnes francoqueers rapportent de la difficulté à trouver de l'information sur les services de santé (53 %), à trouver un médecin de famille (39 %) ou à obtenir des informations fiables sur les ressources disponibles (33,3 %) (Prada et al., 2021). Actuellement, l'outil *Trouver un médecin* (Province of Manitoba, 2025) permet de trouver un·e prestataire en français ou selon certains critères d'accessibilité, mais il ne permet pas d'identifier les prestataires inclusif·ve·s. Bien que des bottins de ressources en français existent (Santé en Français Inc, 2025a, 2025b) ainsi que des répertoires en anglais pour les ressources 2SLGBTQI+ (Canadian Queer Medical Students Association, 2023; Rainbow Ressource Center, 2026), il n'existe aucun bottin dédié aux soins 2SLGBTQI+ en français. À l'inverse, plusieurs documents d'information sur les soins et organismes 2SLGBTQI+ ne sont disponibles qu'en anglais (Klinik Community Health, 2024;

Rainbow Ressource Center, 2026; Sexual Education Resource Centre MB (SERC), 2018). *Des nôtres* proposait de mettre en évidence l'*Annuaire des services en français* de la Société de la francophonie manitobaine et d'y ajouter de l'information sur l'accessibilité pour les personnes 2SLGBTQI+ (Prada et al., 2021; Société de la francophonie manitobaine (SFM), 2026), mais cet ajout n'a pas été réalisé à date.

DISPONIBILITÉ DE SOINS 2SLGBTQI+ ET INCLUSIFS

La disponibilité de soins 2SLGBTQI+, c'est-à-dire des programmes spécifiques aux personnes 2SLGBTQI+, constitue un facteur déterminant pour améliorer leur accès aux services. Au Manitoba, plusieurs cliniques et programmes offrent des soins adaptés, tels que *Gender Diversity and Affirming Action for Youth, Trans Health Klinik, Sexual Education Resource Centre et Rainbow Resource Centre*, mais aucun de ces sites n'est désigné bilingue (Canadian Queer Medical Students Association, 2023; Community-Based Research Centre, 2026; Sexual Education Resource Centre MB (SERC), 2018; Soins Communs, 2024). L'accès à certains soins spécialisés, comme les chirurgies d'affirmation de genre ou l'hormonothérapie, peut nécessiter une référence par un·e prestataire primaire ou un déplacement hors Manitoba (Klinik Community Health, 2024).

La disponibilité de soins inclusifs permet aux personnes 2SLGBTQI+ d'accéder à l'ensemble des soins généraux, dont ceux nécessitant un·e prestataire primaire, sans devoir recourir uniquement à des programmes spécialisés. Cette inclusivité dépend fortement de la formation des prestataires, car la méconnaissance des besoins et des pratiques inclusives nuit à la qualité des soins et à la communication avec les patient·e·s (Ayhan

et al., 2020; Kalmar et Mariano, 2024; Lee et Kanji, 2017; Matsuzaka et al., 2021; Reynolds, 2020; Tam, 2019). Ce déficit de formation est également associé à la persistance des thérapies de conversion malgré leur interdiction (Comeau et al., 2023; Egale Canada, 2023; Pearce et Di Lorito, 2023; Tam, 2019).

Enfin, la disponibilité de soins adaptés aux communautés 2SLGBTQI+ dépend aussi de la présence de documents de référence incluant ces populations. Lorsque ces documents sont absents, cela entraîne une méconnaissance des recommandations cliniques tant chez les prestataires que chez les patient·e·s, ainsi qu'un déficit de programmes adaptés (Comeau et al., 2023; Haviland et al., 2020).

DISPONIBILITÉ DES SOINS EN FRANÇAIS

La disponibilité de soins en français constitue un élément essentiel pour répondre aux besoins des personnes d'expression française, en particulier celles unilingues. De manière générale, une offre limitée de soins en français représente une barrière importante à l'accès, obligeant les patient·e·s à choisir entre des soins dans leur langue ou des services présentant d'autres caractéristiques d'accessibilité, telles que la rapidité ou la proximité géographique (de Moissac et Bowen, 2017; Muray et al., 2022). Cette indisponibilité est principalement attribuable à la pénurie de prestataires bilingues et à la faible présence minoritaire (de Moissac et Bowen, 2017; Éthier et Carrier, 2022). Cette pénurie contribue à la difficulté d'offrir des services en langues françaises (de Moissac et Bowen, 2017; Dupuis-Blanchard, 2024; Éthier et Carrier, 2022) et est accentuée par la priorisation d'embauche de prestataires unilingues anglophones plutôt que francophones, le travail supplémentaire donné aux prestataires bilingues en raison

de leurs compétences linguistiques et un financement précaire des services en français (de Moissac et al., 2020; Drolet et al., 2014).

Au Manitoba, 90 % des personnes d'expression française jugent important de recevoir des services en français. Toutefois, bien que 53,3 % en fassent la demande, seules 24,7 % obtiennent effectivement des soins dans cette langue, ce qui témoigne d'une disponibilité insuffisante (de Moissac et al., 2015). L'offre est plus présente en milieu urbain qu'en milieu rural, et davantage concentrée à Saint-Boniface que dans les zones anglophones de Winnipeg (Bouchard et al., 2022; de Moissac et al., 2012). Même les organisations désignées bilingues n'assurent pas toujours des services en français (Drolet et al., 2014). Enfin, la majorité des personnes francoqueers rapportent avoir principalement utilisé des services de santé en anglais (Prada et al., 2021), ce qui laisse entrevoir une disponibilité insuffisante de soins inclusifs ou 2SLGBTQI+ en français.

DISPONIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES SOINS

La disponibilité géographique désigne la capacité structurelle du système à offrir des soins accessibles en fonction de la localisation physique des patient·e·s. De manière générale, on observe une forte concentration des soins en milieu urbain, ce qui constitue une barrière pour les patient·e·s vivant en milieu rural, tous types de soins confondus. Cette barrière est amplifiée pour les personnes d'expression française, qui rencontrent davantage de difficultés à accéder à des soins linguistiquement adaptés en dehors des centres urbains (Carr et al., 2024; de Moissac et Bowen, 2017; de Moissac et al., 2015; Muray et al., 2022) et pour les personnes 2SLGBTQI+, qui doivent parfois se déplacer sur de longues

distances pour obtenir des soins inclusifs (de Moissac et al., 2024; Reynolds, 2020; Romanelli et Hudson, 2017; Souleymanov et al., 2022; Willis et al., 2020). La concentration des prestataires bilingues ou francophones en milieu urbain explique la faible offre de soins en français hors des grands centres (Carr et al., 2024; Muray et al., 2022). Les hommes 2EGBQ+ en milieu rural rapportent également un accès réduit aux services (Souleymanov et al., 2022).

3.4.4.2. Formation et documentation

FORMATION

La formation des prestataires sur les besoins des communautés 2SLGBTQI+ et d'expression française est cruciale pour améliorer l'accessibilité aux soins. Toutefois, la formation en santé 2SLGBTQI+ demeure insuffisante (Alencar Albuquerque et al., 2016; Carabez et al., 2015; Klein et al., 2018; Kortess-Miller et al., 2019; Leeies et al., 2024; Reynolds, 2020; Tam, 2019; Yu, Bauermeister, et al., 2023). Seul un tiers des facultés universitaires de médecine canadiennes et américaines offrent une formation en santé trans (Comeau et al., 2023) et 50 % des personnes 2SLGBTQI+ rapportent que leurs prestataires manquent de connaissances (Ayhan et al., 2020; Gouvernement du Canada, 2023a; Willis et al., 2020). Le manque de formation influe également sur le niveau de confort : 33 % des prestataires se déclarent inconfortables à travailler avec des personnes 2SLGBTQI+, un phénomène attribué à des biais historiques (Gisondi et Bigham, 2021; Romanelli et Hudson, 2017). Ce déficit peut engendrer des croyances erronées, telles que l'idée que la discrimination envers les personnes 2SLGBTQI+ n'existe plus (McGlynn et al., 2020), ainsi qu'un manque de confiance et de compétence chez les prestataires (Gahagan et Subirana-Malaret, 2018; Gisondi et Bigham, 2021).

Peu de formations sont offertes sur les communautés d'expression française (Drolet et al., 2014). D'une part, l'absence de programmes d'éducation en français amène les prestataires francophones à étudier en anglais, ce qui nuit à leur capacité à travailler et maîtriser la terminologie médicale en français (de Moissac et al., 2017; Schrewe et al., 2023). Au Manitoba, la formation médicale en français n'est pas disponible dans la province, bien qu'un volet bilingue soit disponible à l'Université du Manitoba, et la formation professionnelle est dispendieuse (de Moissac et al., 2017; University of Manitoba, 2023).

D'autre part, le manque de formation sur les minorités linguistiques et culturelles limite la compréhension de l'importance des soins linguistiquement concordants et de l'offre active (Bouchard, Chomienne, et al., 2012; de Moissac et Bowen, 2017; Savard et al., 2024). Bien qu'il existe des programmes de formation aux compétences culturelles (Drolet et al., 2014), notamment pour les communautés linguistiques minoritaires, aucune ne cible spécifiquement la minorité d'expression française (Deliz et al., 2020). Promouvoir la formation en français en santé auprès des personnes francoqueers est une avenue pour améliorer l'accessibilité (Prada et al., 2021).

Certaines ressources pour la formation sont toutefois disponibles: *Klinic et le Sexual Education Resource Center*, par exemple, offrent aux prestataires des formations en santé 2SLGBTQI+ (uniquement en anglais) (*Klinic Community Health, 2026; Sexual Education Resource Centre MB (SERC), 2018*), Soins communs offre une formation obligatoire pour son personnel sur l'offre active de soins en français (*Office régional de la santé de Winnipeg, 2024*) et de nombreuses ressources de formations sur les soins en français sont mises en place par la *Société Santé en français (SSF) (2025)*.

NORMES ET PROCÉDURES

Les normes de référence publiés par les gouvernements et les universités à l'intention des prestataires de soins présentent une difficulté majeure : l'invisibilisation des personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française. Pourtant, la publication de normes et procédures constitue un levier essentiel pour améliorer l'accès aux soins, notamment pour les personnes âgées 2SLGBTQI+ (Horner et al., 2012). L'absence de telles normes, qu'elles s'appliquent aux services en français ou des services destinés aux personnes 2SLGBTQI+, a pour conséquence que l'offre de soins repose largement sur la culture organisationnelle et la bonne volonté des prestataires (Bouchard et al., 2022; Comeau et al., 2023; de Moissac et al., 2020; Éthier et Carrier, 2022). Pour garantir un accès équitable et assurer la continuité des services pour les personnes d'expression française, il est indispensable d'intégrer leurs besoins de santé dans les normes et procédures nationales et les programmes de formation.

3.4.4.3. Société

Les soins, inscrits dans un contexte sociétal, sont influencés par des marqueurs sociaux qui façonnent leur accessibilité. La cisnormativité et l'hétéronormativité, largement présentes dans la société, contribuent aux obstacles rencontrés par les personnes 2SLGBTQI+ (Comeau et al., 2023; McGlynn et al., 2020). Ces biais sont encore plus ancrés dans les milieux de soins, où les orientations sexuelles et identités de genre ont longtemps été considérées comme des troubles mentaux (Giguère, 2022; Hughto et al., 2015; Robles et al., 2021). Ce contexte social et historique alimente la crainte des personnes 2SLGBTQI+ de subir de la discrimination dans le système

de santé (Gouvernement du Canada, 2022) et entretient des croyances erronées chez certains prestataires, telles que l'idée que l'homosexualité et la transidentité relèvent encore de troubles mentaux ou que l'orientation sexuelle ne concerne que la psychiatrie (Comeau et al., 2023; Lee et Kanji, 2017; McGlynn et al., 2020; Rufino et al., 2018; Saleh et al., 2011).

L'anglonormativité, influencée par le contexte historique canadien où l'anglais dominait, réduit également l'offre de services pour les personnes d'expression française (Forgues et Maillet, 2024). Elle affecte l'effectivité des lois, de sorte que les dispositions linguistiques ne garantissent pas toujours un accès réel (Muray et al., 2022), comme en témoigne le fait que certaines organisations désignées bilingues n'offrent pas systématiquement des soins en français (Drolet et al., 2014). L'anglonormativité nourrit aussi des attitudes négatives : la francophobie est qualifiée de « dernier préjugé acceptable » (Nadeau, 2016), et même des commissions canadiennes officiellement bilingues manifestent des attitudes défavorables envers le français (Lévesque, 2022).

3.4.4.4. Politique

POLITIQUES DE SOINS

Les politiques provinciales et fédérales encadrent les soins et influencent leur accessibilité. Les politiques sur les services en français déterminent l'offre de soins dans cette langue. La Loi sur les langues officielles de 1969 reconnaît au français et à l'anglais un statut égal et, au Manitoba, les services doivent être fournis activement, en français et de qualité comparable à ceux offerts en anglais (Gouvernement du Manitoba, 2017). Cette égalité n'est toutefois pas manifeste dans tous les services, puisque l'accès aux

soins demeure inégal (Muray et al., 2022), mais la mise en place du Programme pour les langues officielles en santé vise à corriger ces écarts (Gouvernement du Canada, 2023b).

Pour les personnes 2SLGBTQI+, les politiques protègent formellement contre la discrimination, et l'identité de genre ont été ajoutées aux motifs protégés en 2025 au Manitoba (Hunter, 2025). De façon générale, l'absence de reconnaissance juridique des familles choisies et des proches 2SLGBTQI+ demeure une barrière limitant la proche-aidance 2SLGBTQI+ (Fish et Williamson, 2018; Horner et al., 2012; Kalmar et Mariano, 2024; McNeill et al., 2023; Silverman et Baril, 2023). Cette barrière est présente au Manitoba, où une loi adoptée en 2022 confirme qu'un enfant ne peut avoir que deux parents, contrairement à d'autres provinces canadiennes (LCM Avocats, 2025; Sprout Family, 2024; Wong, 2024).

Les politiques sur les soins influencent également l'accessibilité. Par exemple, les soins à domicile ne sont pas inclus dans la *Loi canadienne sur la santé* et leur offre dépend donc de la volonté des provinces (Dupuis-Blanchard, 2024). Au Manitoba, il n'est plus nécessaire depuis 2024 d'avoir une référence de santé mentale pour accéder aux soins transaffirmatifs, ce qui facilite l'accès aux soins d'affirmation de genre (Beaucamp, 2024). Toutefois, l'accès à ces soins requiert l'inscription auprès d'un·e prestataire primaire (Klinic Community Health, 2024), ce qui peut rallonger les délais pour les personnes sans prestataire ou dont la·e prestataire ne s'y connaît pas en soins transaffirmatifs.

COUVERTURE FINANCIÈRE DES SOINS

La couverture universelle des soins constitue un levier majeur pour améliorer l'accès aux soins. Le remboursement de la PrEP,

médicament qui réduit la transmission du VIH, en Colombie-Britannique depuis 2018 a entraîné une baisse des infections dès l'année suivante (Casey, 2019). À l'inverse, l'absence ou la couverture partielle de certains médicaments demeure une barrière importante, particulièrement pour les personnes 2SLGBTQI+ exposées à la précarité économique et à l'absence d'assurance privée (Kalmar et Mariano, 2024; Matsuzaka et al., 2021; Mottier, 2024; Romanelli et Hudson, 2017; Schmitz et Tabler, 2021). Les personnes trans sont particulièrement touchées : certaines assurances les excluent explicitement des soins liés au genre, comme les dépistages du cancer cervical ou de la prostate (Haviland et al., 2020; National LGBT Health Education Center, 2016; Romanelli et Hudson, 2017). Les barrières financières incluent aussi l'obligation d'obtenir une référence en santé mentale pour débiter une hormonothérapie, souvent aux frais des patient·e·s (Comeau et al., 2023), ce qui pousse certaines personnes à recourir à des hormones non réglementées (Hughto et al., 2015; Romanelli et Hudson, 2017). Pour les personnes d'expression française, des coûts élevés des soins peuvent être associés à un évitement des soins (Éthier et Carrier, 2022).

Au Manitoba, les soins primaires sont généralement couverts, mais certaines démarches comme l'accès à son dossier médical ou une demande de transfert de prestataire primaire engendrent des frais pour les patient·e·s (Gouvernement du Manitoba, 2023). En soins 2SLGBTQI+, la PReP est offerte gratuitement depuis 2024 dans certaines conditions (Government of Manitoba, 2024), mais la majorité des soins transaffirmatifs (hormonothérapie, documents légaux) engendrent des coûts (Canadian Queer Medical Students Association, 2023;

Klinic Community Health, 2024). Certains soins paramédicaux, comme les soins dentaires et la physiothérapie, sont couverts sous certaines conditions par les régimes canadiens et manitobains (Gouvernement du Canada, 2025; Manitoba Public Insurance, 2025). Ces soins offerts par les entreprises privés sont le plus souvent en langue anglaise, diminuant ainsi l'accessibilité pour les personnes d'expression française (Éthier et Carrier, 2022). Les soins de santé mentale ne bénéficient pas d'une couverture universelle, mais peuvent être couverts par une assurance privée ou des programmes spécifiques (Association médicale canadienne, 2026).

3.5 Limites actuelles des connaissances

Bien que de nombreux facteurs d'accès aux soins pour les personnes 2SLGBTQI+ ou d'expression française soient connus, l'intersection francoqueer demeure peu documenté : la revue de littérature n'a recensé que deux articles scientifiques (de Moissac et al., 2024; Prada et al., 2023), une thèse (Avanthay Strus, 2026) et sept documents de littérature grise, dont trois au Manitoba (Avanthay Strus et al., 2024; Courcelles et al., 2023; Prada et al., 2021) et quatre en Ontario (Charles et Ngoumou, 2024; Collins et al., 2024; Gates-Gasse et Lasonde, 2015; Ngoumou et al., 2022). Il pourrait donc exister des interactions et des facteurs que la littérature actuelle ne permet pas d'observer. Il est également possible que les facteurs recensés s'appliquent différemment en contexte intersectionnel que pour les personnes

2SLGBTQI+ ou d'expression française considérées séparément. Des études ciblant spécifiquement la population francoqueer sont donc nécessaires pour vérifier la pertinence et l'applicabilité de ces facteurs à cette intersection identitaire.

Les deux articles scientifiques recensés utilisent une méthodologie quantitative et le même jeu de données issues d'une recherche du Collectif LGBTQ* du Manitoba, dont l'échantillon demeure homogène (personnes blanches, urbaines, éduquées, <55 ans) (Prada et al., 2021). Comme ces travaux ne portaient pas spécifiquement sur les soins, ils ne permettent pas d'identifier de nouveaux facteurs ni d'explorer leurs interactions, ce qu'une approche qualitative peut mieux accomplir.

Plusieurs de ces publications portent sur des sousgroupes précis : jeunes (Avanthay Strus et al., 2024), parents (Avanthay Strus, 2026), personnes racisées (Charles et Ngoumou, 2024; Collins et al., 2024; Ngoumou et al., 2022) ou personnes immigrantes (Gates-Gasse et Lasonde, 2015). Bien qu'utiles, ces études décrivent des réalités propres à ces groupes et ne peuvent être généralisées à l'ensemble des personnes francoqueers.

Enfin, plusieurs études menées au Manitoba auprès des personnes d'expression française (Bernier et al., 2013; Chartier et al., 2012; de Moissac et al., 2015; Levesque et al., 2022) ou des personnes 2SLGBTQI+ (Souleymanov et al., 2022) n'adoptent pas une lentille intersectionnelle. Dans ce contexte, les connaissances sur l'intersection francoqueer demeurent limitées, particulièrement au Manitoba et selon un devis qualitatif.

4. Objectifs et importance de la recherche

4.1 Objectifs

Cette recherche vise à recenser les principaux facteurs influençant l'accès aux soins pour les personnes francoqueers au Manitoba. Plus précisément, elle poursuit trois objectifs :

1. Documenter l'expérience vécue d'accès aux soins à l'intersection francoqueer
2. Identifier les pratiques les plus efficaces pour améliorer l'accès aux soins pour les personnes francoqueers
3. Soutenir l'élaboration d'un outil diagnostique et d'un complément de formation destiné aux prestataires de santé, notamment dans quatre domaines prioritaires (santé mentale, soins à domicile, soins primaires et soins palliatifs).

La réalisation de ces objectifs permettra d'orienter des actions structurantes pour améliorer durablement l'accès aux soins des personnes francoqueers au Manitoba et potentiellement ailleurs dans la francophonie canadienne.

4.2 Importance de la recherche

Cette étude comble une lacune importante : aucune recherche antérieure ne s'était spécifiquement penchée sur l'accessibilité des soins pour les personnes francoqueers au moyen d'une méthodologie qualitative. Elle offre ainsi un éclairage inédit sur leurs réalités et leurs besoins.

Sur le plan pratique, elle fournit des données essentielles pour :

- concevoir un outil diagnostique capable d'évaluer l'accessibilité réelle des services ;
- soutenir la mise en place d'une formation professionnelle francoqueer destinée aux prestataires ;
- développer des interventions adaptées à cette population.

En ce sens, cette recherche constitue une contribution déterminante pour améliorer la qualité, la sécurité et l'inclusivité des soins offerts aux personnes francoqueers.

5. Méthodologie

Un devis par étude de cas a été retenu afin d'examiner en profondeur l'expérience de soins des personnes francoqueers au Manitoba ([Creswell, 2013](#)). La méthodologie et les outils de collecte ont été validés par le comité scientifique et le conseil communautaire avant la soumission au comité d'éthique. Le projet a obtenu le certificat ETH 2025 3 juin (Université de Saint-Boniface). Une entente de collaboration entre l'Université de Saint-Boniface et le Collectif LGBTQ* du Manitoba a été conclue en novembre 2025 pour préciser les rôles liés au recrutement, à la collecte et à la gestion des données.

5.1. Échantillonnage

Quatre à 25 personnes étaient visées. Les critères d'inclusion étaient (1) s'identifier comme une personne d'expression française et 2SLGBTQI+, (2) avoir au moins 16 ans et être apte à consentir, (3) maîtriser suffisamment le français pour participer à des entretiens individuels de 90 minutes en français et (4) avoir reçu des services de santé ou des services sociaux au Manitoba dans la période post-covid.

Un échantillonnage raisonné (non probabiliste) a été utilisé pour maximiser la diversité des profils ([Campbell et al., 2020](#); [Palinkas et al., 2015](#)). Un questionnaire sociodémographique permettait de sélectionner des personnes variées selon leurs identités et les soins reçus, afin d'éviter la surreprésentation de personnes blanches, cisgenres ou urbaines ([Casey, 2019](#); [Prada et al., 2021](#); [Prada et al., 2023](#)).

5.2. Recrutement

Le recrutement (3 novembre 2025 au 6 février 2026) reposait sur trois stratégies :

- Diffusion directe par les médias sociaux et l'infolettre du Collectif, dont des publicités journalistiques et radiophoniques (décembre 2025) et une campagne numérique Facebook et Instagram (janvier 2026)
- Partenariats communautaires : 21 organisations ont été sollicitées, dont des organisations francophones, 2SLGBTQI+ et offrant des services à des sous-groupes sous-représentés en recherche (ex. personnes âgées ou immigrantes). Six ont relayé le matériel de recrutement, dont deux tardivement.
- Recrutement par boule de neige auprès des personnes participantes

5.3. Collecte

Les personnes participantes remplissaient deux questionnaires sur la plateforme numérique LimeSurvey (sociodémographique et contact). Le questionnaire reprenait des outils utilisés en recherche 2SLGBTQI+ (Prada et al., 2021; von der Warth et al., 2024) et incluait une question sur les catégories de soins reçus.

Les entretiens virtuels (≈ 90 minutes) suivaient un guide structuré en trois sections :

1. identité 2SLGBTQI+ et d'expression française ;
2. épisodes de soins (section itérative) ;
3. appréciation générale des soins.

5.4. Transcription, analyse et validation des données

Les entrevues ont été transcrites intégralement et anonymisées et deux d'entre elles ont été annotées indépendamment pour valider les codes et catégories, menant à la création d'un livre de codes. L'ensemble des données a ensuite

été codé dans QualCoder (Curtain, 2025). Les catégories ont été définies de façon déductive selon le cadre théorique et la littérature, tandis que les codes et critères d'inclusion ont été développés de manière inductive.



6. Résultats

6.1. Description de l'échantillon

6.1.1. Personnes recrutées

Parmi les 11 réponses au formulaire de consentement, neuf personnes ont laissé leurs coordonnées et été contactées, huit ont répondu à nos tentatives de contact et sept ont été passées en entrevues (taux de perte au suivi : 36,3%). L'échantillon comprend sept personnes dont les âges se répartissent comme suit : une personne de 16 à 24 ans, trois de 25 à 34 ans, deux de 35 à 44 ans et une de 65 ans ou plus. Plusieurs appartiennent à des groupes minoritaires : une personne est issue d'une minorité visible, deux sont en situation de handicap. Les identités de genre sont variées : trois personnes s'identifient comme non-binaires/genres/neutres, deux comme trans, et une pour les catégories suivantes: femme, homme, bigenre/genderqueer, bispirituelle, en questionnement et identité « autre ». Les orientations sexuelles reflètent aussi une grande diversité, avec trois personnes lesbiennes, deux bisexuelles, et une pour chacun des descriptifs suivants: gai·e, polysexuelle, en questionnement et autre orientation. Sur le plan linguistique, six personnes se disent francophones, trois bilingues français/anglais et une multilingue. Le niveau de scolarité est élevé : quatre détiennent un baccalauréat et trois une maîtrise. Enfin,

les personnes vivent majoritairement en milieu urbain, dont quatre à l'est de la rivière Rouge, deux à l'ouest et une personne ayant indiqué une autre situation résidentielle.

6.1.2. Épisodes de soins obtenus

Les personnes participantes ont relaté un total 37 épisodes de soins. Les soins d'urgence et spécialisés représentent la catégorie la plus fréquente avec 13 épisodes, suivis des soins primaires (12), des soins paramédicaux (8), des soins en santé mentale (6) et des soins 2SLGBTQI+ (4). En matière de couverture financière, la majorité des soins ont bénéficié d'une couverture complète (27 épisodes), tandis que 6 n'avaient aucune couverture, 2 une couverture partielle, et 2 une couverture indéterminée. Sur le plan linguistique, les soins ont été reçus majoritairement en anglais (24 épisodes), suivis de soins hybrides (9), alors que 3 épisodes ont eu lieu en français. La répartition géographique montre une forte concentration des soins en milieu urbain : 16 épisodes ont eu lieu à l'ouest de la rivière Rouge, 17 à l'est, alors que quelques épisodes ont été rapportés hors Manitoba (2 épisodes), en milieu rural manitobain (1 épisode) ou par téléphone (1 épisode)³.

3 Voir annexe C pour les tableaux sociodémographiques complets

6.2. Facteurs d'accessibilité des soins

Cette section présente l'analyse déductive, où les résultats des entrevues sont organisés selon les principales catégories issues de la littérature scientifique. Elle montre comment ces facteurs se manifestent dans le contexte manitobain. Comme les liens entre les facteurs apparaissent parfois de façon indirecte dans les entrevues, et qu'ils ont été détaillés dans la revue de littérature, la section se concentre ici sur les facteurs eux-mêmes.

6.2.1. Facteurs individuels

Trois dimensions ressortent au niveau individuel. Les comportements renvoient aux stratégies déployées par les participant·e·s pour accéder aux soins, comme rechercher activement des services jugés sécurisants, formuler des demandes spécifiques (p. ex. linguistiques) ou éviter certaines consultations. Les sentiments, notamment la confiance ou la méfiance envers les professionnel·le·s et les institutions, influencent la décision de consulter ainsi que le degré de dévoilement identitaire en contexte clinique. Enfin, les traits et préférences individuelles, incluant la situation socioéconomique, la sécurité linguistique, le handicap, ainsi que le recours à l'aide de proches, modulent les ressources concrètes dont disposent les personnes pour naviguer les soins.

6.2.2.1. Sentiments

CRAINTE DE SUBIR DE LA DISCRIMINATION

Les personnes participantes ont exprimé de fortes craintes de discrimination liées à leur identité 2SLGBTQI+. Ces appréhensions découlent d'expériences antérieures de mauvais traitements ainsi que de facteurs

sociétaux, notamment la religiosité associée aux milieux francophones. Elles sont amplifiées dans des situations de vulnérabilité réelle ou anticipée, comme en contexte d'urgence, de soins postopératoires, de démarches transaffirmatives ou à un âge avancé. Les personnes qui ont connu des situations sociales plus ouvertement hostiles aux personnes 2SLGBTQI+ (ex : personnes plus âgées ou immigrantes) ont conservé des craintes de ces expériences.

- **Toute la catholicité de nos hôpitaux francophones souvent là c'est souvent cadré avec une sorte de société catholique un peu on the sides. Tout ça est un petit peu inquiétant si jamais on se trouve dans une situation un peu compliquée, nous autres, tu sais.**

Ces craintes ont influencé la propension des personnes participantes à dévoiler leur identité 2SLGBTQI+. Elles anticipent des bris de confidentialité, des discriminations ou une diminution de la qualité des services si elles se dévoilent.

- **Si je leur faisais savoir [mon identité 2SLGBTQI+], je serais peut-être le dernier patient à voir, peut-être ils vont pas vraiment bien s'occuper de moi.**

6.2.2.1. Préférences individuelles

PRÉSENCE DES PROCHEs

Un trait protecteur est la présence de personnes proches aidantes facilitant la navigation des soins. Chez les personnes participantes, les proches ont été mobilisés en soutien pour la prise de rendez-vous et pour l'interprétation auprès des cliniques anglophones.

- **J'ai insisté et j'avais une amie qui parlait l'anglais. Je lui ai donné le numéro si elle peut pas les appeler pour dire que c'est vraiment urgent.**

DÉVOILEMENT IDENTITAIRE

Une variété de préférence vis-à-vis le dévoilement identitaire a été manifesté chez les personnes participantes. Certaines personnes jugent important que les prestataires sachent tout, dont leur identité 2SLGBTQI+, alors que d'autres préfèrent que cette information soit seulement connue lorsque médicalement nécessaire.

Je vais d'abord lui parler de mon orientation pour qu'il sache que je suis ça. [...] Comme c'est mon [spécialiste], il doit tout savoir de moi, aussi sur mon orientation.

PRÉFÉRENCES LINGUISTIQUES

Les personnes participantes ont aussi mentionné une préférence plus ou moins grande pour les soins en français, même lorsqu'elles ont un bon niveau d'anglais. Les soins en français sont décrits comme préférables, confortables et amicaux, mais aussi comme une barrière supplémentaire et un critère secondaire. Ces préférences sont influencées par l'incapacité effective d'obtenir des soins en français et l'importance individuelle accordée à la langue.

- **C'est plus confortable par exemple d'accéder à des services en français. J'avais la discussion avec des ami·e·s qui me disaient « mais je comprends pas, t'es meilleure que moi en anglais, mais toi tu vas insister pour avoir des services en français. » Je dis « bah oui, parce que je préfère que mon médecin me parle en français qu'en anglais, parce que je veux être sûre d'avoir tout bien compris. »**

AUTRES TRAITS

Les personnes participantes présentent divers traits individuels tels que l'âge, le handicap, la situation financière ou l'insécurité linguistique qui limitent l'éventail de soins auxquels elles peuvent accéder. Ces caractéristiques ont entravé l'accès aux soins puisque la maîtrise de l'anglais, des ressources économiques ou des capacités fonctionnelles sont parfois requises pour obtenir les services. Des traits tels que l'ethnicité caucasienne sont aussi reconnus par des personnes participantes comme facilitateur d'accès aux soins, alors que d'autres traits comme le handicap créent une vulnérabilité accrue aux situations discriminatoires.

- **Quelqu'un comme moi qui a besoin des suivis assez régulièrement, je peux pas juste comme quitter ce médecin-là, puis leur aller à la recherche d'un autre médecin**

6.2.1.3. Comportements

ÉVITEMENT DES SOINS

Des comportements relevant de l'évitement des soins ont été quelque fois recensés parmi les personnes participantes. Les personnes participantes ont évité des soins en raison d'expériences de discrimination antérieure ou par absence de couverture financière des soins.

- **Je suis pas allé la voir même si que j'étais censée de faire rendez-vous. J'ai pris rendez-vous comme pour un peu apaiser le [spécialiste]. Mais je suis pas allé la voir pour faire un suivi, pour faire sûr que tout allait bien [...]. Je suis pas allé la voir parce que j'avais tellement peur du jugement. Qu'elle allait dire quelque chose comme au sujet de mon corps, au sujet de qui je suis. And now looking back je vois comment ça, c'est tellement dangereux.**

DEMANDES DE SERVICES EN FRANÇAIS

Les personnes participantes demandent rarement des services en français, et ces demandes aboutissent tout aussi rarement. Elles attribuent cette situation à la difficulté persistante des organisations à offrir des soins en français, ainsi qu'à la crainte de déranger ou de voir la qualité des services diminuer lorsqu'elles formulent une telle demande. Parallèlement, elles reconnaissent que c'est seulement en faisant ces demandes que les organisations en viennent à offrir les soins en français.

- **J'aurais pu critiquer, j'aurais pu chialer puis dire je veux seulement parler en français, j'imagine qu'ils auraient pu m'accommoder. Tu sais, je suis militant mais je suis pas militant pour causer des problèmes non plus.**

AUTRES COMPORTEMENTS

Une variété de comportements et de stratégies a été mobilisé par les personnes participantes pour favoriser leur accès aux soins. Ces comportements visent à pallier des barrières de niveaux supérieurs, comme l'indisponibilité de soins en français, les délais de soins et le manque d'inclusivité. Apporter un livre, inscrire son genre au-delà des boîtes « homme ou femme » dans les formulaires, privilégier des cliniques sans rendez-vous anglophones ou utiliser des applications de traduction sont des comportements que les personnes participantes ont mobilisé pour faciliter leur accès aux soins.

- **Elle parlait l'anglais, mais j'avais toujours mon téléphone pour faire les translations, ouais. [...] Ça a bien fonctionné. Je l'ai juste écrit que je voulais les médicaments et je l'ai montré, la traduction, elle a compris.**

6.2.2. Facteurs interpersonnels

Quatre dimensions ressortent au niveau interpersonnel. Les comportements et attitudes des prestataires, tels que l'ouverture, l'empathie ou, à l'inverse, certaines formes de jugement ou de refus de soins, façonnent l'accès et l'engagement dans les soins. La communication adaptée renvoie à l'usage de pratiques inclusives et accessibles, comme l'emploi du français, des pronoms et du nom choisi, ou encore de supports répondant à des besoins particuliers. Les compétences et expériences renvoient à l'expertise qu'ont les prestataires à offrir des soins aux communautés 2SLGBTQI+ ou d'expression française. Enfin, les affinités identitaires entre patient·e·s et prestataires (p. ex. langue, culture ou expériences partagées) contribuent à renforcer la relation de confiance et la perception de compréhension mutuelle.

6.2.2.1. Comportements et attitudes des prestataires

Les personnes participantes ont rapporté des comportements discriminatoires sous la forme d'attitudes négatives vis-à-vis leur identité 2SLGBTQI+ ou des aspects connexes à leurs identités, comme les démarches d'accès à la parentalité. Ces attitudes ont principalement pris la forme de remarques déplacées et de présomptions erronées.

- **J'avais mentionné ma conjointe et elle a dit « Ah bah de toute façon [maladie] on traite que quand on veut des enfants, donc là il y aura pas besoin ». [...] » Et là, je me suis dit « Oh non, ça se passait tellement bien! ». C'est déjà une petite micro-agression.**

Les comportements discriminatoires ont aussi pris la forme de refus de soins, particulièrement pour tout ce qui touche aux

soins 2SLGBTQI+. Ces refus ont directement occasionné des délais, inquiétudes et bris de médication; ils ont eu des conséquences directes et évitables sur l'état de santé et l'accès aux soins des personnes participantes.

- **Fallait que j'aie chercher une nouvelle prescription à ma médecin familiale. Puis c'est là où ce qu'elle voulait pas prescrire. Donc j'ai été comme sans [prescription] je pense pendant comme un mois ou un mois et demi. [...] Je peux voir comment ça peut être dangereux de commencer quelque chose et là juste arrêter comme cold turkey. Ça me semble pas comme si c'est très santé de faire ça. Mais bon ça s'est passé donc.**

Par contraste, les personnes participantes ont mentionné avoir rencontré des attitudes généralement positives des prestataires envers leur orientation sexuelle et leurs proches 2SLGBTQI+. Elles n'ont relaté aucune expérience où leurs proches ont été discriminés en contexte de soins même lorsqu'il s'agissait de relations 2SLGBTQI+ et ont considéré que de dévoiler leur orientation sexuelle n'a pas eu d'impact sur les soins reçus.

- **Moi, j'ai été impressionné. J'ai rencontré qu'en général, quand j'ai dit que j'avais un mari, c'est comme « no problem ». Mais ça, c'est parce que je suis dans le post COVID, justement.**

Dans certains cas, des attitudes d'ouverture ou plus largement d'humilité des prestataires ont permis de pallier des lacunes de formation ou de corriger des erreurs commises. Ces expériences montrent que les personnes participantes étaient plus tolérantes des lacunes des prestataires lorsqu'ils démontraient une véritable volonté d'offrir des soins adéquats.

- **Je peux m'exprimer comme je veux, comme elle va pas tout comprendre immédiatement, mais j'ai le sentiment qu'elle veut comprendre et va essayer et demander plus de questions et ça fait toute la différence.**

6.2.2.2. Communication adaptée

LANGAGE INCLUSIF

Les personnes participantes ont surtout rencontré des pratiques communicationnelles peu inclusives : présomptions de genre concernant elles ou leurs partenaires, utilisation de mauvais pronoms ou du nom légal, titre de civilités. Les prestataires posent rarement des questions de façon proactive, laissant aux patient·e·s le fardeau de corriger ces erreurs.

- **Ça c'était comme le gros like red flag qui m'a rendu vraiment comme inconfortable : le fait que on utilisait mon nom assigné à la naissance, les pronoms féminins. Il y avait comme vraiment aucun espace pour comme exister comme personne trans.**

À l'inverse, les personnes participantes ont aussi relaté des expériences de communication inclusive, principalement dans les expériences de soins 2SLGBTQI+, mais quelques fois au-delà. Les termes employés (ex : formidables, fantastiques) montrent que les pratiques communicationnelles inclusives ont un impact majeur sur l'expérience de soins.

- **Puis eux, ils sont super, sont fantastiques, super inclusifs. Tu sais ils ont toujours utilisé mon nom choisi, mes pronoms, c'était pas de problème.**

LANGUE DE COMMUNICATION

Les personnes participantes ont principalement été en contact avec des prestataires qui communiquaient en anglais, y compris dans des organisations désignées

bilingues. La communication en anglais était souvent perçue comme difficile : plusieurs personnes devaient chercher leurs mots et comprenaient moins bien les explications des prestataires, même lorsqu'elles maîtrisaient relativement bien l'anglais. Toutefois, certaines préféraient discuter en anglais pour des sujets liés aux identités 2SLGBTQI+, en raison de l'absence de traductions adéquates pour certains termes en français.

- **Quand je parlais, il comprenait pas vraiment, y avait pas quelqu'un même. Je faisais les traductions, il comprenait pas jusqu'à j'ai vu le médecin le lendemain, donc toute la nuit jusqu'au matin j'étais là [...] assise comme ça j'ai pas vraiment aimé ça.**

6.2.2.3. Connaissances et expériences des prestataires

Les personnes participantes ont relevé des lacunes importantes dans les connaissances et l'expérience des prestataires concernant les réalités des personnes d'expression française et 2SLGBTQI+. Dans les cliniques anglophones ou bilingues, notamment au sein des organisations 2SLGBTQI+, plusieurs prestataires ignorent l'existence même de communautés francophones au Manitoba ou ne saisissent pas l'importance des soins linguistiquement concordants. De même, en dehors des cliniques explicitement 2SLGBTQI+, leurs connaissances sur les orientations sexuelles et identités de genre demeurent limitées. Des lacunes de connaissances ont aussi été soulevées en matière de santé sexuelle des personnes 2SLGBTQI+, de compréhension des identités autochtones et racisées et des modèles familiaux 2SLGBTQI+. Ces insuffisances ont parfois placé les personnes participantes dans une position où elles ont dû éduquer les prestataires.

- **Y avait une bonne compréhension de comme minorité de genre, minorité sexuelle, mais quand ça venait comme quelque chose autre, tu sais, que ce soit comme l'identité autochtone ou l'identité francophone, il y avait vraiment comme un gros comme manque.**

Les personnes participantes ont également rencontré des prestataires possédant une solide expérience et des connaissances en soins 2SLGBTQI+, ce qui a nettement amélioré leur expérience de soins. Elles soulèvent que les actes cliniques et ressources recommandées sont pertinentes, informatives et personnalisées à leur situation, allant parfois au-delà de leurs attentes. Toutefois, ces interactions positives se sont toutes déroulées en anglais et surtout dans des cliniques ou programmes privés ou destinés aux personnes 2SLGBTQI+.

- **Elle sait beaucoup au sujet de comme les difficultés spécifiques que les personnes dans la communauté [2SLGBTQI+] face. Et c'est vraiment vraiment bien d'avoir quelqu'un qui [...] peut partager avec moi des choses que même moi je savais pas où m'envoyer vers des ressources qui peuvent m'aider.**

6.2.2.4. Affinités identitaires

Les personnes participantes ont indiqué que partager certains traits identitaires avec les prestataires facilite l'accès aux soins. Les prestataires 2SLGBTQI+, d'expression française ou partageant d'autres expériences communes, comme le genre ou un parcours migratoire, étaient perçus comme plus compétent·e·s. Pour les personnes participantes, cette expérience partagée favorise un meilleur sentiment de compréhension, une connaissance plus fine de leur réalité et une sensibilité accrue à l'inclusivité.

- **Ils ont des médecins trans, ils ont des travailleurs sociales qui sont comme non binaires et *whatever*, donc ils donnent ces opportunités là à des membres qui font comme actuellement parti de cette communauté que je pense fait beaucoup une différence parce que il y a comme ce baseline commun [...] C'est comme : on se comprend, on fait partie de cette communauté ensemble, qui est vraiment cool.**

À l'inverse, l'absence de traits identitaires communs entre prestataires et patient·e·s et des traits en particulier (ex : âge, religion, ethnicité) ont été perçus comme nuisible pour l'accessibilité des soins. Les prestataires présentant ces caractéristiques seraient moins habitué·e·s, connaissant·e·s et compétent·e·s pour offrir des soins inclusifs. Dévoiler son identité 2SLGBTQI+ à de tels prestataires était perçus comme plus susceptible de susciter des attitudes négatives ou des refus de soins. Toutefois, plusieurs personnes participantes ont souligné ne pas toujours savoir si ces effets étaient réels ou s'ils relevaient plutôt de leurs propres craintes.

- **Et puis j'ai vraiment l'impression que c'est un énorme jugement là, mais. [...] J'ai remarqué à [clinique], c'est exemple, c'est une médecin [religieuse] ou quelqu'un qui vient de [pays]. Alors qu'est-ce que j'essaie d'expliquer? C'est qu'ils arrivent avec un différent bagage peut-être. Et que les avancées concernant les questions LGBTQ sont différentes selon les différentes cultures.**

6.2.3. Facteurs organisationnels

Deux facteurs organisationnels ont été identifiés. Le fonctionnement et les procédures renvoient aux processus cliniques influençant l'accès, tels que la prise de rendez-vous, les délais, le triage, l'application des politiques ou la téléconsultation, incluant les modalités

linguistiques propres aux organisations. L'affichage et la documentation regroupent à la fois les outils de prestation (formulaires, dossiers, systèmes) et les éléments visibles dans les environnements physiques ou numériques, dont l'adaptation ou non aux réalités des patient·e·s ainsi que les signes d'inclusion qui orientent l'expérience de soins.

6.2.3.1. Fonctionnement et procédures

OFFRE ACTIVE

Les personnes participantes ont relaté que les processus administratifs – prise de rendez-vous, formulaires, communications – se déroulent exclusivement en anglais, langue également utilisée par défaut par le personnel soignant, même lorsqu'il est d'expression française. Les personnes participantes sentent que le personnel tient pour acquis qu'elles sont anglophones en raison de traits individuels comme leur nom et leur accent et ne leur offre pas activement des services en français. Il devient ainsi difficile pour les personnes participantes d'identifier du personnel francophone, et les interactions en français relèvent souvent du hasard. Ces pratiques sont fréquentes dans les cliniques anglophones ou désignées bilingues, ainsi que dans les services paramédicaux, mais semblent absentes des centres officiellement francophones, où les soins en français sont perçus comme réellement offerts par défaut.

- **J'ai un nom qui est pas francophone ou qui a pas l'air, qui sonne pas français. Et donc elle est partie du principe que je parle en anglais, donc au début elle m'a parlé en anglais, puis après j'ai fait « Do you speak french? ». Et puis après c'était bon, tu sais, mais c'était comme c'est vraiment comme on disait au début, c'est la langue par défaut, c'est l'anglais pour tout le monde, pour tout.**

Les personnes participantes établissent un parallèle, parfois explicite, entre l'offre active de soins en français et une offre active de soins inclusifs, où il reviendrait aux organisations de créer les occasions d'aborder les identités 2SLGBTQI+. Des pratiques telles que permettre le dévoilement identitaire au moyen de formulaires incluant des questions optionnelles et des catégories ouvertes, ne demander que les informations nécessaires et offrir verbalement l'espace pour partager son identité sont perçues comme des approches véritablement inclusives.

- **Ben ça revient plus à l'offre active d'après moi, comme pour le Français, il faut que tu puisses me dire « Hey, nice to meet you I'm gonna be your doctor. By the way, would you prefer this in French? No judgement. ». Tu dis, « I have no judgement, whether you're married to a man or a woman or whatever, or someone is not binary. [] What's important is that you can tell », to make a step, pour ouvrir la porte.**

SERVICES D'INTERPRÉTATION

Peu d'expériences d'interprétation ont été rapportées, principalement parce que les personnes participantes avaient un bon niveau d'anglais. Lorsqu'un·e interprète était présent·e, cela se produisait uniquement lors de rendez-vous planifiés dans des cliniques bilingues. Aucun service d'interprétation n'était disponible en contexte d'urgence, et ce sont généralement des proches qui ont dû assurer l'interprétation lors de soins paramédicaux.

- **Bon je sais pas comment ça se passe mais juste que lui il vient d'abord, il se présente et il me dit qu'il est l'interprète pour la consultation. Et tous ce qu'on dirait, ça serait entre nous ici après. Après il a écrit des trucs, il a noté des trucs sur le papier mais après il a déchiré. Donc il a fait juste son travail.**

COLLECTE D'INFORMATIONS IDENTITAIRES

Les personnes participantes ignorent si les organisations collectent des informations liées à leur langue ou à leur identité 2SLGBTQI+. Cette incertitude s'inscrit dans un contexte plus large où les patient·e·s n'ont pas accès à leur propre dossier médical. Elles ne peuvent donc pas suivre leurs références, vérifier l'exactitude des données les concernant ni savoir quelles informations sont utilisées en clinique. Cette opacité a plusieurs conséquences : communications par défaut en anglais et peu inclusives, difficulté à changer de prestataire et pertes de suivis.

- **Là ya la carte médicale que je l'ai juste, je les ai donné et je sais pas c'est quoi le genre attaché à ceci puisque j'ai un de nouveau carte, tous les infos sont en ligne et alors je ne sais pas si c'est je suis catégorisé comme homme là-dessus.**

AUTRES FONCTIONNEMENTS IMPORTANTS

Les personnes participantes ont relevé plusieurs obstacles liés à la désuétude du système de santé, qu'elles jugent peu moderne. Elles mentionnent notamment des déplacements inutiles pour des consultations ou pour obtenir leurs informations médicales. La télésanté et l'automatisation des prises de rendez-vous sont ainsi perçues comme des moyens importants de moderniser et de faciliter l'accès aux soins. Par contraste, les soins paramédicaux sont jugés plus modernes, notamment en raison de la prise de rendez-vous en ligne et de messagerie automatisée pour les rappels.

- **J'ai l'impression que c'est le système de santé en général au Manitoba, mais ils sont pas très modernes. Tout ce qui est prise de rendez-vous, et cetera, c'est. À chaque fois, il faut téléphoner dans les heures d'ouverture. Bah faut que**

t'appelles et puis enfin après ils te donnent un bout de... Enfin si t'es sur place pour avoir ton prochain rendez-vous, ils te donnent un bout de papier où ils écrivent ton rendez-vous.

Le recours aux services sans rendez-vous est jugé utile par les personnes participantes, notamment dans un contexte où obtenir un rendez-vous médical peut nécessiter plusieurs mois d'attente. Même les consultations téléphoniques avec les prestataires primaires impliquent souvent des délais de plusieurs semaines. Toutefois, le seul lieu offrant des services sans rendez-vous en français ne permet pas de consulter un médecin, mais uniquement des infirmières, ce qui a conduit les personnes participantes à privilégier des cliniques anglophones.

- **À la clinique de santé de Saint-Boniface et à un moment donné, je voulais un rendez-vous et c'était dans 3 mois. Bien voyons! Dans 3 mois, ça me donne rien, je vais aller dans une clinique sans rendez-vous, je vais avoir ça en dix minutes. Là c'est drôle les cliniques sans rendez-vous j'en connais là à Winnipeg, à Saint-Boniface qui sont totalement anglophones, [...] je suis capable d'avoir des, tu sais, des médecins anglophones en dix minutes honnêtement.**

Aux enjeux de temps avant d'obtenir un rendez-vous s'ajoutent un temps limité pour les consultations qui n'a pas permis aux personnes participantes de s'exprimer.

- **Je me suis senti comme super jugé, comme si j'étais comme je sais pas un extraterrestre ou quelque chose, tu sais. Puis j'étais rushed, c'était comme « Moi, j'ai 15 minutes avec toi, puis là c'est le prochain client ». Puis j'avais pas cet espace là d'être capable de m'exprimer librement et même si j'aurais eu ce temps-là avec elle.**

6.2.3.2. Affichage et documentation

AFFICHAGE INCLUSIF ET BILINGUE

Les personnes participantes ont relaté des expériences où un affichage inclusif, par la présence de symboles 2SLGBTQI+, a contribué à créer un sentiment de confiance et ouvert la porte à dévoiler leur identité 2SLGBTQI+. Pour les organisations privées (soins de santé mentale et paramédicaux), l'affichage inclusif en ligne a aussi contribué un choix de l'organisation vers laquelle se tourner pour les soins.

- **Y a le drapeau de LGBT chez la dame qui était là, ils ont collé ça et j'ai su qu'ils acceptent les LGBT là-bas.**

À l'inverse, l'absence de ces symboles est perçue comme signalant un manque d'inclusivité envers les personnes 2SLGBTQI+. Cette absence est interprétée comme un avertissement que les personnes 2SLGBTQI+ ne sont pas bienvenues.

- **J'ai pas vu comme des drapeaux d'arc-en-ciel. J'ai rien vu comme ça, ils n'ont pas fait un effort pour donner un avertissement aux gens qui ne conforme pas aux normes du genre. Non il n'y avait rien pour dire que j'étais bienvenue.**

L'affichage en français a été peu mentionné par les personnes participantes. Celles-ci présument toutefois que son absence signifie l'absence de soins en français, particulièrement dans les quartiers anglophones. Même lorsque de l'affichage en français ou bilingue est présent, le manque d'offre réelle de soins en français fait en sorte qu'elles ne remarquent plus ces affiches. L'ajout d'insignes ou de symboles permettant d'identifier clairement le personnel bilingue ou d'expression française faciliterait leur repérage.

- **Mais c'est tellement jamais le cas que c'est quelqu'un qui parle en français. Juste tu finis par l'occulter le panneau tu le vois même plus.**

Les personnes participantes soulèvent que les pratiques d'affiches inclusives ou en français doivent être assorties à des soins qui sont réellement accessibles, pour éviter l'effet inverse d'une illusion d'accessibilité qui cause davantage de préjudices.

- Est-ce que mettre un drapeau arc-en-ciel là comme celui-là dans ta salle d'attente, c'est inclusif ? Le fait de mettre un drapeau ça veut pas dire que tu l'es quoi. Et ça peut même être l'inverse, c'est que là on va y aller en pensant être, être dans un endroit qui est sécuritaire pour eux et en fait avoir une mini agression.

OUTILS ET DOCUMENTATION

Les personnes participantes ont côtoyé une large gamme de formulaires revêtant différents degrés d'accessibilités. Dans les programmes 2SLGBTQI+, les formulaires permettant d'identifier ses pronoms, son nom choisi et une multitude d'options de genre et d'orientations sexuelles.

- **Les formulaires étaient fantastiques. Tu sais comme « Nom choisis, pronoms, Comment tu t'identifies tu ». Et j'aimais, j'ai aussi aimé le fait qu'il y avait pas comme des boîtes nécessaires ou comme des catégories. Tu sais, c'était comme « Comment décrirais tu ton identité sexuelle? » Puis là, il y avait comme une ligne.**

À l'inverse, les formulaires utilisés dans les organisations et cliniques qui ne sont pas explicitement 2SLGBTQI+ présentent de multiples lacunes d'inclusivité. Notamment, les options de genre ne contiennent que les options « homme » et « femme », parfois avec

une option « autre » jugée inconfortable par les personnes concernées, et les documents liés à la parentalité ne sont pas toujours adaptés aux modèles familiaux 2SLGBTQI+.

- **C'est vraiment pas accueillant. Ça fait. Ouais, comme tous les tous les comme je pense à les formulaires et des choses comme ça que j'ai dû remplir. Ça juste jamais comme été inclusif. Tiens, on demande rien par rapport à l'identité sexuelle ? L'identité de genre, c'est toujours comme « femme, homme ».**

Dans l'ensemble, les formulaires étaient en anglais dans les organisations anglophones et bilingues, dont les programmes 2SLGBTQI+, à quelques exceptions près.

6.2.4. Facteurs structurels

Quatre facteurs structurels ont été identifiés. La disponibilité des soins et de l'information renvoie à l'offre globale de services et de prestataires (variété, volume, délais, compromis entre langue et qualité), ainsi qu'à l'accès à des informations publiques et ressources pertinentes pour orienter les parcours de soins, notamment quant à leur langue et leur adéquation au contexte local. La formation décrit l'offre de formation initiale et continue inclusive destinée aux prestataires (p. ex. terminologie médicale en français, réalités trans). Les politiques regroupent les cadres publics et réglementaires, incluant le financement, les lois linguistiques, les critères cliniques et la couverture, qui structurent l'accès, notamment par des mécanismes administratifs ou financiers. Enfin, la société renvoie aux normes et croyances sociales (milieux de travail, communautés, discours publics) qui influencent les expériences de soins, y compris celles liées au contexte francophone du Manitoba.

6.2.4.1. Disponibilité des soins et de l'information

DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION

L'outil Trouver un médecin de Santé Manitoba est jugé particulièrement utile par les personnes participantes. La possibilité de localiser des prestataires en fonction de la langue, de la localisation ou du genre a été apprécié, mais des personnes participantes auraient apprécié que cet outil permette de localiser des prestataires inclusif·ve·s et/ou formés en soins transaffirmatifs.

- **Ils m'ont demandé quand j'ai allé sur comme Find a Doctor – Woo, les choses en Manitoba! – si je voulais une personne bilingue parce qu'ils sont comme : « Il y a cette personne qui est bilingue, alors tu peux aller avec elle ». Alors oui, elle est bilingue, ce qui est bien.**

Les personnes participantes nomment être en mesure de trouver de l'information utile sur le web, notamment auprès du Collectif et de Klinik, mais relate que l'information disponible pour les patient·e·s est principalement en anglais. Klinik est présenté comme la référence en termes de soins transaffirmatifs avec des ressources autant pour les patient·e·s que les prestataires de soins. Les personnes participantes souhaiteraient davantage d'information disponible en français sur la santé 2SLGBTQI+ et se retrouvent parfois à devoir communiquer en anglais avec les prestataires sur les questions liées aux identités 2SLGBTQI+, faute de vocabulaire en français.

- **Oui, ça serait bien juste d'avoir les ressources [2SLGBTQI+] aussi en français, même pour moi-même pour mon, comme ma connaissance de savoir les termes pour utiliser ya, ça serait bien de juste avoir des ressources bilingues.**

Les personnes participantes relatent que l'information sur les sites web des organisations est parfois opaque ou incorrecte. L'absence d'information limite leur opportunité réelle d'accéder aux soins et aux procédures administratives, comme les mécanismes de rétroactions (ex : plaintes, mesures d'expériences autorapportées).

- **C'est pas vraiment straightforward pour comme reporter des incidents comme. Tu sais, en fait, c'est comme quasiment impossible de de trouver des informations par rapport à ça.**

DISPONIBILITÉ DES SOINS EN FRANÇAIS

Les personnes participantes rapportent une disponibilité insuffisante de soins en français. Dans la majorité des cas, les organisations désignées bilingues ne parviennent pas à offrir effectivement des soins en français, et certains types de services ne sont tout simplement pas accessibles dans les cliniques bilingues ou anglophones. Les soins spécialisés, les services préventifs en santé mentale (p. ex. les lignes d'écoute) ainsi que les cliniques médicales sans rendezvous sont fréquemment décrits comme uniquement disponibles en anglais ; lorsque des services en français existent, leur accès relève souvent du hasard ou nécessite des délais nettement plus longs. En l'absence de soins en français, les personnes n'ont d'autre choix que d'utiliser des services en anglais ou d'éviter les soins.

- **Sur les trois services qu'ils m'ont recommandés, le seul qui était francophone, ils n'acceptaient plus personne sur la liste d'attente.**

DISPONIBILITÉ DE SOINS INCLUSIFS ET 2SLGBTQI+

Les personnes participantes relatent généralement un accès adéquats à des soins inclusifs, à condition de le faire en

anglais. Ces soins gratuits et offerts par le Rainbow Ressource Center et Klinik incluent de la consultation en santé mentale, de l'accompagnement pour l'hormonothérapie et une clinique de dépistage en santé sexuelle. Le nombre limité de consultations au programme du Rainbow Ressource Center et les délais à Klinik sont des freins mentionnés par les personnes participantes.

- **Si la personne veut un bon service ou se sentir comme incluse d'aller à Klinik, ce serait adapté pour la personne et je vais y retourner moi-même.**

D'importantes lacunes persistent en matière de soins transaffirmatifs : les délais d'accès rapportés par les personnes participantes peuvent atteindre trois ans pour l'hormonothérapie et six ans pour les chirurgies d'affirmation de genre. Pour l'hormonothérapie, l'obligation de passer par un·e prestataire primaire, combinée à l'absence de suivi possible à Klinik, crée des barrières additionnelles et accentue les délais déjà importants. De plus, le manque de chirurgien·ne·s formé·e·s au Manitoba oblige les personnes participantes à se déplacer hors province pour obtenir des chirurgies d'affirmation de genre adéquates.

- **J'ai des amis trans qui sont anglophones, qui ont passé par le système manitobain, qui ont justement pas reçu des bons soins ou que ils ont eu avoir des révisions par rapport à leur chirurgie.**

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DE LA DISPONIBILITÉ

Les personnes participantes ont rencontré peu de barrières géographiques lorsqu'elles souhaitaient accéder aux soins. Elles étaient généralement en mesure de trouver des soins géographiquement accessibles, mais cela les a parfois conduites à faire des compromis sur

d'autres aspects du service comme la langue.

- **J'ai essayé de trouver un médecin plus local parce qu'il me disait qu'il y avait une liste d'attente. Alors j'ai essayé de trouver un médecin plus près de chez nous. Puis c'était dans le coin. C'était dans le coin, mais c'était un anglophone.**

L'aspect financier est aussi mentionné par les personnes participantes, où les soins disponibles gratuitement ou à frais réduits ne sont pas toujours le plus adaptés sur le plan linguistique ou sur le plan de l'inclusivité. Cette problématique est particulièrement apparente pour les soins paramédicaux et de santé mentale qui ne sont pas couverts par l'assurance publique.

- **C'est pas couvert, c'est cher et la thérapeute que j'utilise maintenant, c'est « sliding scale ». [...] J'ai pas beaucoup d'argent et elle comprend ça et elle me charge moins. Trouver quelqu'un qui me comprend mieux, mais qui est aussi abordable, c'est pas nécessairement facile.**

6.2.4.2. Formation des prestataires

Les personnes participantes ont mentionné que la disponibilité de formations aux prestataires sur la santé 2SLGBTQI+ au Manitoba contribue à l'accès aux soins, notamment celles offertes par Klinik. Toutefois, comme ces formations ne sont pas obligatoires, elles ne sont pas toujours suivies, creusant un écart entre l'utilité réelle et potentielle de ces formations.

- **Ils ont aussi mis en place beaucoup de ressources pour que les médecins peuvent acquérir des connaissances sur la santé pour les personnes transgenres. Et ça, aussi contribué pour que mon médecin décide de m'aider, alors c'est comme directement, ça m'a aidé.**

Ces formations professionnelles s'inscrivent toutefois dans un contexte général marqué par un manque de formation en santé 2SLGBTQI+ et en santé francophone, lacune que des formations formelles ou continues pourraient contribuer à combler. Des stéréotypes négatifs à l'égard des personnes 2SLGBTQI+ ainsi qu'une compréhension limitée de l'importance des soins en français pour les personnes d'expression française demeurent présents chez certains prestataires, et sont attribués par les personnes participantes à un déficit de formation. La formation est ainsi perçue comme un levier essentiel pour améliorer l'accessibilité des soins, mais elle doit être accompagnée d'une volonté réelle d'inclusion des personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française.

- **La formation de des personnes, du personnel en soins de santé justement, ça pourrait aider pour même ceux qui ne sont pas francophones, ça pourrait aider les anglophones à avoir une sensibilité par rapport à la francophonie, et ça pourrait aider ceux qui ne sont qui ne s'identifient pas comme étant dans la communauté LGBTQ+, ça pourrait les aider à devenir un allié.**

6.2.4.3. Politiques

POLITIQUES GÉNÉRALES

Les personnes participantes considèrent que le cadre légal au Manitoba et au Canada offre une protection adéquate aux personnes 2SLGBTQI+. L'ajout récent de protections contre la discrimination envers les personnes 2SLGBTQI+ au Manitoba est perçu comme un progrès important, et les personnes ayant un parcours migratoire décrivent le Canada comme un pays sûr.

- **J'ai su que ici au Canada, la loi protège les LGBT et c'est comme ça que j'ai préféré venir ici. Pour vivre ma liberté.**

De l'autre côté, les politiques ne reconnaissent pas tous les modèles familiaux 2SLGBTQI+, ce qui peut entraîner une vulnérabilité légale pour ces familles. Malgré les protections légales, les personnes participantes considèrent que les lois demeurent en retard sur les réalités 2SLGBTQI+ et ne se sentent pas protégées pour toutes les situations.

- **Tu sais alors il y a un peu ça de toute la question de mon conjoint n'a pas de droits légaux sur mes enfants. J'aimerais qu'il y ait une certaine protection. Si moi je meurs, la loi ne permet pas que mon conjoint puisse devenir le papa.**

POLITIQUES DE SOINS

Les personnes participantes accueillent favorablement certaines politiques de soins, notamment parce qu'elles sont perçues comme pouvant améliorer l'accessibilité en théorie. Les politiques récentes, par exemple la modification des critères de don de sang qui excluait auparavant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, sont également perçues comme des signes d'une plus grande inclusivité. La possibilité pour les prestataires de prescrire l'hormonothérapie, ainsi que la possibilité de changer de prestataire après une première séance, sont elles aussi bien accueillies.

- **Les pourvoyeurs de soins en soins primaires sont capables de prescrire la testostérone ou l'oestrogène, whatever. Puis faire ces suivis là c'est comme super facile.**

De l'autre côté, l'attribution à un-e prestataire primaire crée également une vulnérabilité, puisqu'il est difficile de changer lorsque

des situations problématiques surviennent, comme le refus d'offrir certains soins médicaux. De plus, l'accès aux soins demeure ardu pour les personnes sans prestataire primaire, puisque plusieurs catégories de services, notamment les soins transaffirmatifs, en dépendent. Ainsi, bien que la centralisation des soins autour d'un·e prestataire primaire ait le potentiel d'améliorer l'accessibilité, elle crée en pratique une vulnérabilité supplémentaire sans offrir de bénéfice clair en matière d'accès.

- **Si tu fais référer là et t'as pas comme un médecin en soins primaire, ils vont comme pas tout donner accès à des services jusqu'à ce que t'as quelqu'un qui peut faire un suivi. Donc ça ça peut être, mais ça peut être un problème. Si t'as pas un médecin de familial, tu peux attendre tellement longtemps, il y a une pénurie de médecins, et cetera, so.**

Les personnes participantes ont aussi abordé des enjeux concernant l'effectivité des lois et politiques liées aux soins inclusifs et en français. Elles critiquent un contexte où les organisations sont officiellement inclusives et/ou bilingues, mais où les pratiques de soins ne sont ni l'un ni l'autre. La situation est qualifiée d'« illusion de bilinguisme », notamment en raison de l'absence de soins en français au sein des institutions officiellement bilingues.

- **Soins communs, *prime exemple*. Tu sais comme « on est, tu sais une une institution inclusive. On célèbre la diversité l'équité, l'inclusion. Voici tous nos initiatives. Nanana. » *And I'm like okay, but like you're not actually like implementing them? You know, comme, tu dis que t'es inclusif, tout le monde peut dire qu'ils sont inclusifs, qui qu'ils sont diverses. Qui tu sais, ils ont une politique diversité, équité, inclusion, but like, are you actually putting it in place? Are you doing it? Usually la réponse est non. Donc ça serait vraiment***

cool de voir ça comme actuellement, comme implémenté, respecté tout. Tu sais comme, souvent, il y a des politiques, y a quelque chose arrive *and then it's like la politique doesn't matter anymore. You know what I mean?*

POLITIQUES FINANCIÈRES

Les personnes participantes ont pu bénéficier de couverture financière pour accéder aux soins, dont la couverture dentaire canadienne, la couverture pour les personnes demanderesse d'asile et l'offre de médicaments gratuits pour les personnes trans. Ces politiques sont considérées importantes pour faciliter l'accès aux soins.

À l'inverse, l'absence de couverture pour les soins paramédicaux, 2SLGBTQI+ et de santé mentale limite l'accès aux services et oblige les personnes participantes à faire des compromis concernant l'inclusivité, les délais ou la langue, voire à éviter complètement de recourir aux soins. La facturation de certaines activités administratives en soins primaires, comme le transfert de dossier, a également été critiquée, puisqu'elle restreint la possibilité de changer de prestataire primaire en cas de conflit. Les personnes participantes rapportent par ailleurs avoir dû assumer elles-mêmes certains frais lorsque les services couverts par le public ne répondaient pas adéquatement à leurs besoins, notamment en termes d'inclusivité, de qualité ou de délais d'attente.

- **Je suis allé ailleurs, pas au Manitoba pour recevoir des soins plus rapidement. Les listes d'attente sont comme malades ici. Surtout avec le backlog à cause de la COVID et tout ça si on m'a dit comme cinq, six ans, puis moi je suis comme je pouvais plus.**

6.2.4.4. Société

Les personnes participantes relatent que la société manitobaine est généralement perçue comme assez ouverte envers diverses orientations sexuelles. Plus particulièrement, les personnes participantes plus âgées ou ayant un parcours migratoire établissent un parallèle entre leurs contextes d'origine et le Manitoba, et soulignent une nette amélioration de l'acceptation sociale.

- **Depuis que je suis arrivée au Canada, j'ai beaucoup plus de signes, enfin, j'ai moins peur de montrer une appartenance à la communauté queer, que ce que je peux avoir en [pays].**

Malgré ces avancées, les personnes participantes soulignent qu'il reste du travail à faire pour atteindre une inclusion véritable, notamment en renforçant la représentativité de modèles 2SLGBTQI+ dans les médias et les sphères culturelles. Elles rappellent également que les identités de genre demeurent largement abordées dans une logique binaire, où la diversité de genre continue d'être perçue comme marginale ou extérieure à la norme sociale.

- **C'est encore là, c'est la même chose, c'est le « autre », c'est soit t'es accepté ou si t'es quelque chose d'autre. Et c'était un rappel de ça.**

FRANCOPHONIE

Le contexte francophone est associé par les personnes participantes à une religiosité plus marquée ainsi qu'à une confidentialité perçue comme moindre. Le fait d'évoluer dans de petites communautés, où « tout le monde se connaît », soulève des doutes quant à la réelle confidentialité des milieux francophones, même en sachant que les prestataires sont tenu·e·s au secret professionnel. La possibilité élevée d'y croiser une personne connue lors d'une

consultation pour des soins sensibles (p. ex. santé sexuelle ou mentale) est également jugée gênante. Par ailleurs, la catholicité des hôpitaux et foyers de soins francophones est décrite comme omniprésente, inquiétante et parfois épouvante, ce qui a amené certaines personnes participantes à éviter intentionnellement ces milieux ouvertement religieux.

- **J'avais cherché parce que je savais que le Centre de santé c'était le Réseau Compassion et que c'était un peu dirigé par le l'Église catholique et tout ça, donc je voulais pas aller par là et donc je cherchais d'autres cliniques qui acceptaient les nouveaux patients. Et au final, je trouvais que c'était trop difficile de faire clinique par clinique chercher et je suis passé par le truc de la province.**



6.3. Facteurs transversaux

L'analyse des entrevues a aussi permis d'identifier deux thématiques transversales. Ces thématiques propres à l'intersection francoqueers ont été identifiées de manière inductive, c'est-à-dire qu'elles ne se trouvaient pas dans la littérature sur les personnes 2SLGBTQI+ d'expression française.

6.3.1. L'inclusion de toustes

Les personnes participantes soulignent que l'inclusion doit bénéficier à l'ensemble des groupes marginalisés, et non seulement aux personnes francoqueers. Elles insistent sur l'importance que les soins tiennent aussi compte des réalités vécues par d'autres communautés, notamment les personnes en situation de handicap et les personnes racisées. Elles évoquent la possibilité de consulter ou de choisir des prestataires présentant d'autres affinités identitaires (p. ex. au moyen de l'outil *Trouver un médecin*), comme l'ethnicité ou le handicap, et insistent sur la nécessité de lever les barrières (ex : attitudes négatives, coûts des soins, langue) qui nuisent à l'ensemble des groupes marginalisés. Ainsi, l'accessibilité doit être pensée de manière globale : plutôt que de cibler un seul groupe, il s'agit d'éliminer les barrières structurelles qui touchent toustes.

- **Alors c'est tout, c'est tout connecté pour moi, l'accessibilité pour les gens LGBTQ veut dire qu'il faut inclure les gens qui ont des difficultés à se déplacer, à voir les gens qui rencontrent le racisme, il faut... Personne, personne n'est libre jusqu'à temps que tout le monde est libre, c'est vraiment ce que c'est l'intersectionnalité, les barrières. On a en enlevant les barrières pour un groupe, on enlève les barrières pour tout le monde.**

6.3.2. Pensée englobante

Un autre constat soulevé par les personnes participantes est leur souhait de dépasser les approches traditionnelles en santé. Elles proposent des alternatives innovantes pour améliorer l'accès aux soins, notamment en mobilisant les pharmaciens ou la télésanté afin d'offrir des services plus proximaux et de réduire les barrières géographiques. Elles expriment également un intérêt pour des approches moins strictement biomédicales, plus holistiques, et une valorisation des savoirs médicaux autochtones. De manière générale, elles souhaitent des soins plus globaux, mobilisant l'ensemble des professionnel·le·s, et non uniquement les prestataires, pour mieux répondre à la complexité de leurs besoins.

- **Spécialement les pharmaciens parce que souvent il y a des personnes qui vient et ils veulent comme des opinions sur comme des médicaments like OTC over the counter et peut être ils sont comme « Ou je vais utiliser ça pour comme compresser » et le pharmacien peut être comme « Oh ça c'est pas sécuritaire, tu peux essayer ça au lieu et ça c'est les raisons que je recommande que tu utilises ça » Je pense que les pharmaciens sont vraiment bien. Pour être quelqu'un de vraiment accessible, t'as pas besoin de faire un rendez-vous avec eux. Ils sont là quand tu as des questions et des fois c'est difficile de comme faire un rendez-vous et dévoiler tout ça à ton médecin. Puis même ils vont. Peut-être même pas savoir, alors je pense, c'est un vraiment beau bon, une place qu'on peut vraiment aider.**

7. Discussion

Cette recherche met en lumière les conditions particulières d'accessibilité aux soins pour les personnes francoqueers, révélant une expérience façonnée à la fois par les dynamiques linguistiques minoritaires et par les réalités 2SLGBTQI+. Les résultats suggèrent que les difficultés rencontrées ne relèvent pas uniquement d'un manque de services, mais d'un décalage entre des systèmes de soins développés séparément pour répondre à des besoins linguistiques ou identitaires pourtant vécus simultanément. Cette organisation conduit les personnes francoqueers à déployer des stratégies individuelles de navigation, dont le recours au bilinguisme, afin de composer avec l'offre fragmentée et insuffisante. Compte tenu le profil de l'échantillon marqué par une surreprésentation de personnes urbaines et bilingues, les obstacles observés pourraient être encore plus importants pour des populations moins dotées en ressources linguistiques ou géographiques.

Continuité avec la littérature scientifique

Les résultats confirment que les barrières documentées chez les populations 2SLGBTQI+ et les personnes d'expression française se manifestent également au Manitoba, mais selon des modalités propres à l'intersection francoqueer. Sur les plans individuel et interpersonnel, les expériences de discrimination, de refus de soins, d'évitement et de report rejoignent les constats déjà établis. Les demandes de services en français demeurent rares et jugées peu efficaces et la communication varie fortement selon les milieux : elle est en français dans les établissements désignés francophones ou inclusive dans les programmes 2SLGBTQI+, mais rarement les deux simultanément. L'ouverture et l'humilité des prestataires constituent toutefois un facilitateur notable

permettant d'atténuer le manque de connaissance ou d'expérience.

Les préférences en matière de dévoilement identitaire et de soins en français restent variables. Le dévoilement repose surtout sur les facteurs interpersonnels : les patient·e·s partagent davantage lorsque les prestataires créent activement un climat d'ouverture, ce qui concorde avec le fait que près de 60 % des personnes francoqueers ne dévoilent pas leur identité faute d'occasion claire (Prada et al., 2021).

Les participant·e·s accordent aussi plus d'importance que ne le suggère la littérature au partage d'identités ou d'expériences avec les prestataires, qu'elles considèrent comme un levier fort de confiance et de compréhension. L'étude montre que cette

recommandation est peu intégrée aux politiques et aux recherches actuelles, où seules de rares études préconisent l'embauche de personnel diversifié (Gomez et Bernet, 2019; Stanford, 2020), par contraste aux bénéfices de cette mesure, largement soulignés par les personnes participantes.

Au niveau organisationnel, l'offre demeure fragmentée : les organismes 2SLGBTQI+ offrent rarement des services en français, tandis que les ressources francophones ne sont pas systématiquement inclusives. L'offre active est limitée, même dans les établissements désignés bilingues, et l'affichage et la désignation bilingue ne garantissent pas l'accès réel à des services en français. Les rares pratiques d'inclusion visibles (ex. affichage ou communication inclusive) proviennent surtout des organismes 2SLGBTQI+. Les mécanismes de rétroaction restent difficiles d'accès, malgré l'intérêt des patient·e·s à les utiliser.

Cette organisation en silos – soins en français d'un côté, soins inclusifs de l'autre – entraîne une faible disponibilité de services combinant les deux dimensions et pousse les personnes francoqueers vers les soins en anglais. Cette scission se retrouve aussi dans l'information : les ressources 2SLGBTQI+ sont majoritairement en anglais, et les outils destinés aux patient·e·s francophones, tels que les bottins de soins en français, ne permettent pas d'identifier les prestataires inclusifs, contrairement à ce que recommandait Prada et al. (2021). À la difficulté de localiser des prestataires inclusif·ve·s s'ajoute la difficulté à changer de prestataires en cas de problèmes, notamment en raison des frais imposés aux patient·e·s pour les transferts de dossier et de l'impossibilité pour elleux d'accéder à leurs propres informations médicales. Ces

barrières ont des impacts encore plus grands chez les personnes trans ou avec des maladies chroniques qui ont une dépendance accrue à leurs prestataires primaires pour obtenir les soins requis.

Enfin, les personnes participantes soulignent des préoccupations propres au contexte francophone manitobain : la religiosité et la petite taille des communautés accroissent la crainte de dévoilement involontaire et la méfiance envers les milieux perçus comme potentiellement non accueillants. Bien que ces craintes aient été relevées ailleurs (Brooks et al., 2018; de Moissac, 2016; Hasselt et al., 2025; Westwood, 2022), elles n'avaient pas été documentées dans une perspective intersectionnelle.

Audelà des constats empiriques, l'étude met en évidence une continuité rarement soulignée entre les recherches sur les personnes d'expression française et celles portant sur les personnes 2SLGBTQI+. Bien que ces champs soient habituellement traités séparément, plusieurs constats centraux se recoupent : importance de l'offre active, valeur de l'embauche d'un personnel diversifié, rôle déterminant de l'affichage et de la communication, etc. Les résultats suggèrent ainsi que ces cadres analytiques, développés en silo, décrivent des dynamiques structurelles similaires et peuvent être mobilisés de manière complémentaire pour mieux comprendre les trajectoires francoqueers.

Reconfiguration intersectionnelle de l'accès aux soins

Les résultats montrent que les personnes francoqueers doivent effectuer davantage de compromis que les personnes d'expression française ou 2SLGBTQI+ lorsqu'elles cherchent des soins. La langue devient un critère parmi d'autres – qualité, délais, proximité, inclusivité – dans un contexte où l'offre reste insuffisante et où les politiques d'inclusivité et de services en français sont inégalement mises en œuvre. L'idée selon laquelle les personnes d'expression française privilégient naturellement les soins en français s'avère donc moins pertinente pour les personnes francoqueers, pour qui la langue n'est qu'un facteur d'accessibilité parmi d'autres.

Ces compromis sont accentués dans les milieux francophones, en raison de la petitesse des communautés et de leur religiosité perçue, suscitant des inquiétudes quant à la confidentialité et à l'accueil réservé aux personnes 2SLGBTQI+. Certain·e·s évitent ainsi les soins en français malgré une préférence déclarée pour cette langue, ce qui explique pourquoi près de 60 % des personnes francoqueers privilégient des services en anglais, même lorsque le français est disponible (Prada et al., 2021).

Le bilinguisme devient ainsi une stratégie d'adaptation : il permet de nommer des réalités 2SLGBTQI+ difficilement exprimables en français et oriente les personnes vers des espaces anglophones. Le terme « francoqueer » illustre bien cette tension, reposant sur un mot anglais associé à un malaise documenté (Elchacar, 2023; Tudisco, 2021), mais désignant une expérience pour laquelle il n'existe pas d'équivalent largement reconnu en français.

Les résultats mettent en lumière une tension entre les approches dominantes en santé 2SLGBTQI+ et en santé en français, axées sur une épistémologie objectiviste (Brown et Dueñas, 2020) et misant surtout sur la formation (Yu, Bauermeister, et al., 2023; Yu, Flores, et al., 2023) ou sur les compétences linguistiques (Forgues et Maillet, 2024; Savard et al., 2020; van Kemenade et al., 2024), et la reconnaissance de l'importance du partage d'appartenances culturelles ou 2SLGBTQI+. Cette dernière s'inscrit plutôt dans une épistémologie des points de vue valorisant l'expérience vécue (Harding, 2013). Les témoignages recueillis suggèrent ainsi que les recommandations actuelles devraient aller au-delà des compétences techniques ou linguistiques pour intégrer explicitement la valeur du vécu partagé comme levier d'accessibilité.

Implication pour l'organisation des soins

Les résultats indiquent que l'offre de soins inclusifs devrait s'inspirer de l'offre active en français : il appartient aux organisations de créer un climat d'ouverture aux identités 2SLGBTQI+, plutôt que de laisser aux patient·e·s la responsabilité de se dévoiler ou de demander des services adaptés. Cette approche est d'autant plus nécessaire que les demandes de soins en français ou de soins inclusifs aboutissent rarement, et que les patient·e·s dévoilent peu leur identité en l'absence d'invitations explicites. L'offre active s'applique également aux mécanismes de rétroaction, les systèmes de plaintes étant peu utilisés (de Moissac et al., 2015), contrairement aux mesures d'expériences autorapportées (PREMs). Les résultats suggèrent aussi l'importance d'une approche inclusive destinée à toutes, plutôt que de politiques ciblant uniquement les personnes francoqueers. Des mesures comme l'embauche de personnel diversifié, la modernisation des services ou une meilleure couverture financière

sont perçues comme bénéfiques à l'ensemble des groupes marginalisés. Cette vision, résolument intersectionnelle, vise à réduire les barrières structurelles communes, tout en évitant les critiques de la multiplication des identités et de l'essentialisme (Vo, 2021; Wagner et Kitzie, 2023).

Les personnes participantes recommandent également des approches plus holistiques, par exemple un rôle accru des pharmacien·ne·s, qui reflètent mieux la manière intégrée dont elles vivent leur santé. Or, les systèmes de soins demeurent organisés en silos, obligeant les personnes francoqueers à choisir entre soins en français ou soins 2SLGBTQI+, alors que leurs identités sont vécues simultanément. Plus que de nouveaux programmes ciblés, elles demandent avant tout des prestataires adoptant des attitudes sincèrement positives et inclusives, une recommandation alignée avec d'autres travaux intersectionnels (Reeves et al., 2024; Singh et al., 2025).

Variations selon les catégories de soins

Les besoins varient fortement selon les types de soins. En soins primaires et en santé mentale, les personnes souhaitent des prestataires capables de reconnaître à la fois leurs identités linguistiques et 2SLGBTQI+. Le caractère intime et continu de ces soins rend cette compréhension essentielle, comme l'avait montré la recherche en santé des personnes d'expression française (de Moissac, 2016). Toutefois, la faible disponibilité de prestataires, les délais d'accès et l'absence d'outils permettant d'identifier les prestataires inclusifs compliquent ces choix, même si certaines participantes ont pu trouver plus

facilement un·e prestataire francophone qu'observé dans (Prada et al., 2021).

En santé mentale, l'inclusivité tend à primer sur la langue : les patient·e·s privilégient des prestataires anglophones inclusif·ve·s plutôt que des prestataires francophones non inclusif·ve·s, ce qui converge avec la faible proportion de soins en français reçus en santé mentale (Prada et al., 2021). Cette tendance reflète l'offre limitée de services en français, notamment dans les soins préventifs (ex. lignes d'écoute) et d'urgence, malgré la désignation bilingue du centre d'urgence (Soins Communs, 2024).

Pour les soins spécialisés, d'urgence ou paramédicaux, les personnes recherchent moins spécifiquement des services en français ou inclusifs. Le caractère ponctuel et technique de ces soins fait que la rapidité, la disponibilité ou l'expertise clinique priment, et le nombre limité de spécialistes réduit la possibilité de choisir. Les résultats concordent avec [Prada et al. \(2021\)](#), qui montraient déjà la faible utilisation de services hospitaliers ou paramédicaux en français. Ici, les patient·e·s dévoilent aussi peu leur identité, ce qui renforce l'importance d'une offre active.

L'accès aux soins transaffirmatifs présente un paradoxe : bien que tout·e prestataire primaire puisse prescrire l'hormonothérapie, plusieurs refusent de le faire, et il est difficile d'identifier ceux qui acceptent. L'absence de formation obligatoire contribue à ces refus et accroît les délais, accentuant la pression sur les listes d'attente de Klinik. Il en résulte une double barrière : pénurie de prestataires inclusifs et difficulté à les localiser. Klinik, principale porte d'entrée, n'offre pas de suivi à long terme, exige d'avoir un·e prestataire primaire et offre presque exclusivement des services en anglais, ce qui complique l'accès. Parmi les solutions évoquées : accroître la formation, augmenter le nombre de prestataires trans ou formés et autoriser Klinik à assurer les suivis prolongés.

Limites de l'étude

L'échantillon, bien que suffisant pour dégager les thèmes centraux liés aux parcours de soins les plus fréquents, n'a pas permis d'atteindre la saturation complète. Sa taille modeste s'explique en partie par des craintes liées à la confidentialité dans une petite communauté d'expression française et par la satisfaction généralement élevée des personnes

Pour les chirurgies, le Manitoba ne dispose pas de clinique spécialisée. Une seule clinique réalise des mastectomies, surtout pour des indications médicales, avec des délais pouvant atteindre six ans et des services uniquement en anglais. Les personnes participantes y ont rapporté des pratiques peu inclusives (mégenrage, usage du nom légal).

Enfin, les parcours reproductifs demeurent semés d'obstacles. Les personnes 2SLGBTQI+ peuvent recourir à l'adoption, à la conception artisanale ou aux soins de fertilité formels, mais ces derniers présentent plusieurs obstacles : l'obligation d'obtenir une référence, l'absence de couverture financière et des critères de priorisation qui désavantagent les personnes 2SLGBTQI+. Face à ces barrières, la conception artisanale constitue parfois une alternative, malgré ses risques juridiques et de santé. D'autres obstacles structurels persistent, notamment la nonreconnaissance des familles pluriparentales et l'usage de formulaires fondés sur le modèle « père/mère ».

Certaines personnes expriment aussi des inquiétudes concernant les soins de longue durée. Elles souhaitent y vivre en français, mais craignent de devoir choisir entre un établissement anglophone ou un retour dans le placard.

francoqueers envers les soins ([Prada et al., 2021](#)), ce qui a pu réduire l'intérêt envers l'étude.

Un taux de perte important entre le questionnaire en ligne et les entrevues constitue une autre limite, phénomène déjà observé dans des recherches en ligne similaires (ex : 16 entrevues pour 134 réponses

aux questionnaires dans ([Thompson et al., 2024](#)). Le recrutement a aussi été restreint par le faible relais du matériel par les organisations partenaires, où seules six organisations sur 21 ont relayé le matériel, en raison de contraintes internes (ex. perte de courriels, roulement de personnel), des limites au partage de contenu en français ou encore des réticences liées au certificat d'éthique issu d'une université francophone.

L'échantillon présente également des biais classiques ([Reinikainen et al., 2017](#); [Scanlon et al., 2021](#); [Willison et al., 2019](#)) et également observés en recherche francoqueer ([Prada et al., 2021](#)): un niveau de scolarité élevé et une surreprésentation de personnes urbaines et bilingues. Ces biais ont persisté malgré des stratégies visant à rejoindre des populations moins représentées, comme le recrutement par organisations communautaires ou par boule de neige ([Bonevski et al., 2014](#)). De plus, le questionnaire sociodémographique ne recueillait pas certaines variables déterminantes (statut migratoire, situation financière), et l'usage du terme « minorité visible » a pu entraîner une sousdéclaration des personnes racisées dont l'expérience de racialisation n'est pas visible ([Song, 2020](#)). En l'absence de données populationnelles sur les personnes francoqueers, il est difficile de déterminer la représentativité de l'échantillon.

Sur le plan des soins, les épisodes en français sont peu nombreux, reflétant leur faible utilisation observée dans les études antérieures ([Prada et al., 2021](#)), la faible disponibilité de services en français, l'absence de programmes 2SLGBTQI+ désignés bilingues et la rareté des établissements officiellement francophones ([Soins Communs, 2024](#)). L'absence de collecte systématique des identités 2SLGBTQI+ dans les dossiers cliniques, malgré l'ajout récent de la langue officielle dans les dossiers ([Gouvernement du Manitoba, 2025](#)), limite également la capacité d'évaluer la représentativité de l'échantillon.

Enfin, certains types de soins sont peu ou pas représentés – soins ruraux, télésanté, parentalité, soins préventifs, soins à domicile, palliatifs ou de longue durée – ce qui restreint la portée des conclusions pour ces domaines. Cette sous-représentation peut être attribuable à des phénomènes réels, comme la concentration urbaine ou l'évitement des soins préventifs lorsqu'ils ne sont pas inclusifs ou disponibles en français préventifs ([Heer et al., 2023](#)). Les parcours liés à la parentalité et aux soins reproductifs peuvent toutefois être approfondie via une thèse doctorale fraîchement publiée sur la parentalité francoqueer ([Avanthay Strus, 2026](#)).

Recommandations

Les résultats montrent que les obstacles rencontrés par les personnes francoqueers ne relèvent pas d'un manque d'adaptation individuelle, mais d'un défaut d'arrimage entre accessibilité linguistique et inclusivité 2SLGBTQI+. Améliorer l'accès aux soins suppose donc d'agir simultanément sur ces deux dimensions à l'échelle organisationnelle, afin de réduire la charge de navigation actuellement assumée par les patient·e·s, et de mieux documenter les parcours de soins francoqueers.

Pour les organisations de santé et de services sociaux

- a. Mettre en place les facilitateurs connus de l'accessibilité des soins pour les personnes 2SLGBTQI+ et d'expression française :
 - i. Soins en français: inclure les compétences linguistiques en français comme critère d'embauche, rendre visible les prestataires d'expression française (ex : insignes), assurer l'effectivité de l'offre active, intégrer une formation professionnelle sur les réalités linguistiques en contexte minoritaire;
 - ii. Soins inclusifs : adopter un langage inclusif dans toute communication orale ou écrite, rendre visibles des marqueurs d'inclusion (ex. affiches), intégrer une formation professionnelle sur la santé 2SLGBTQI+, réviser les politiques et procédures implicitement discriminatoires, mettre en place des stratégies de recrutement favorisant la rétention et l'embauche de personnel 2SLGBTQI+;
- b. Adopter des stratégies d'accessibilité pour les personnes francoqueers :
 - i. Organisations 2SLGBTQI+ : rendre disponible les ressources en français (ex. site web, formulaires), identifier clairement les services accessibles en français, intégrer l'offre active de soins en français;
 - ii. Organisations francophones : intégrer explicitement les réalités 2SLGBTQI+ dans les bottins de ressources, formulaires et communications, minimiser les affiliations symboliques religieuses et offrir activement des soins inclusifs;
- c. Mettre en œuvre des mesures d'accessibilité bénéfiques à l'ensemble de la population : diversifier le personnel embauché afin de

refléter les communautés desservies, réduire les barrières financières aux soins, simplifier les démarches administratives en modernisant l'accès aux soins et données (ex. télésanté, accès patient aux données de santé).

Pour les décideurs publics :

- d. Soutenir le développement d'une offre de soins spécifiquement francoqueer, par exemple en finançant des initiatives cliniques ou communautaires intégrant simultanément expertise linguistique et inclusive et soutenir davantage les initiatives pour les soins en français ou inclusifs en cours;
- e. Réviser les cadres juridiques et politiques entravant l'accès aux soins, tels que la non-reconnaissance légale de certains modèles familiaux 2SLGBTQI+ et l'obligation d'avoir un prestataire primaire pour obtenir des soins 2SLGBTQI+.

Pour les milieux de la recherche :

- f. Documenter les angles morts des parcours de soins francoqueers, dont les soins à domicile, les soins palliatifs, la santé sexuelle ou les refus de soins, et explorer les phénomènes émergents proprement intersectionnels, comme le bilinguisme francoqueer;
- g. Intégrer systématiquement une perspective intersectionnelle dans les recherches existantes, en ajoutant à la fois des variables sur les identités linguistiques et 2SLGBTQI+;
- h. Améliorer la production de données populationnelles sur l'accessibilité des soins en intégrant les variables linguistiques et 2SLGBTQI+ dans les systèmes cliniques et une collecte automatisée de mesures autorapportées.

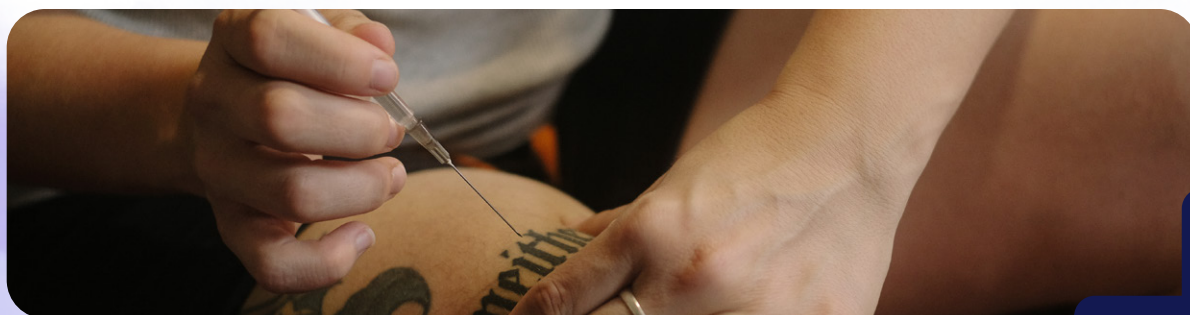
8. Conclusions

L'accessibilité des soins pour les personnes francoqueers est influencée par de multiples facteurs, qu'ils soient intersectionnels ou liés aux identités 2SLGBTQI+ et linguistiques. Cette recherche a montré comment les déterminants écosystémiques se déploient dans le contexte spécifique des personnes francoqueers du Manitoba. Elle a aussi permis d'identifier des particularités de l'intersection francoqueer et de chaque catégorie de soins, ainsi que des pistes d'intervention et de recherche pour mieux connaître et améliorer les soins destinés aux personnes 2SLGBTQI+, d'expression française et francoqueers du Manitoba.

Le rôle central des personnes participantes, du conseil communautaire et du comité scientifique a été déterminant pour la réalisation de ce rapport. Leur contribution a enrichi les connaissances sur l'accessibilité des soins pour les personnes francoqueers et offre un potentiel concret pour orienter les décideurs vers des actions visant à réduire les barrières et à renforcer les facilitateurs.

Déclaration d'intégrité académique

Un outil d'intelligence artificielle (Microsoft Copilot) a été utilisé à titre de soutien rédactionnel pour améliorer la clarté et la fluidité du texte, sans contribution au contenu, à l'analyse ou aux conclusions. Un second outil, Elicit, a été utilisé afin de compléter la recherche de références pertinentes.



9. Bibliographie

- Alencar Albuquerque, G., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Alves, M. J. H., Belém, J. M., dos Santos Figueiredo, F. W., da Silva Paiva, L., do Nascimento, V. B., da Silva Maciel, É. et Valenti, V. E. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 16, 1–10.
- Aleshire, M. E., Ashford, K., Fallin-Bennett, A. et Hatcher, J. (2019). Primary care providers' attitudes related to LGBTQ people: A narrative literature review. *Health promotion practice*, 20(2), 173–187. <https://www.kennedykrieger.org/sites/default/files/library/documents/about-us/OHEID/1524839918778835.pdf>
- Association médicale canadienne. (2026). What mental health services are covered in Canada? . *Healthcare 101*. <https://www.cma.ca/healthcare-for-real/what-mental-health-services-are-covered-canada> [Consulté le 2026-01-07]
- Avanthay Strus, J. (2026). *Expérience des parents 2SLGBTQIA+ francophones vivant en situation linguistique minoritaire pendant la transition à la parentalité* [University of Ottawa]. <https://ruor.uottawa.ca/server/api/core/bitstreams/39e30033-ba4f-4498-b3e3-112d24476727/content>
- Avanthay Strus, J. J., de Moissac, D., Gueye, N. R., Sandoval, L.-A., Girard, R., Gagné, D., Costeux, A.-L., Franco Morales, F., Groupe de JEUNES CHERCHEUR.ES et Collectif LGBTQ* du Manitoba. (2024). *Des nôtres : Expériences vécues en milieu scolaire, familial et communautaire par les jeunes 2SLGBTQ* vivant en situation linguistique minoritaire dans la province du Manitoba*. <https://collectiflgbtq.ca/Des%20n%C3%B4tres%20-%20RAPPORT-FINAL%20-%20WEB.pdf>
- Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S. et Buzlu, S. (2020). A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61.
- Beagan, B. L., Bizzeth, S. R., Pride, T. M. et Sibbald, K. R. (2022). LGBTQ+ identity concealment and disclosure within the (heteronormative) health professions: “Do I? Do I not? And what are the potential consequences?”. *SSM-Qualitative Research in Health*, 2, 100114.
- Beaucamp, H. (2024, oct. 17). Le gouvernement provincial prend des mesures pour faciliter l'accès aux soins de santé concernant l'identité de genre. *La Liberté*. <https://www.la-liberte.ca/2024/07/17/reduire-les-temps-dattente-pour-les-soins-daffirmation-de-genre> [Consulté le 2026-01-08]

- Bernier, A., Brière, R. et Roch-Gagné, M. (2013). A survey on health care access in French for francophone immigrants in Winnipeg, Canada. Dans. Articles from the 13th World Congress on Public Health. https://www.researchgate.net/publication/268102935_A_Survey_on_Health_Care_Access_in_French_for_Francophone_Immigrants_in_Winnipeg_Canada
- Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S. et Medico, D. (2011). Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Rev Med Suisse*, 7, 1712–1717.
- Bizzeth, S. R. et Beagan, B. L. (2023). “Ah, it’s best not to mention that here:” Experiences of LGBTQ+ health professionals in (heteronormative) workplaces in Canada. *Frontiers in Sociology*, 8, 1138628.
- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I. et Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Medical Research Methodology*, 14, 1–29.
- Bouchard, L., Beaulieu, M. et Desmeules, M. (2012). L’offre active de services de santé en français en Ontario: une mesure d’équité. *Reflets*, 18(2), 38–65.
- Bouchard, L., Chomienne, M.-H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M. et Dufour, S. (2012). Les Franco-Ontariens âgés souffrant de maladies chroniques se perçoivent-ils bien desservis?: Une étude exploratoire de l’impact de la situation linguistique minoritaire. *Canadian Family Physician*, 58(12), 1325–1325.
- Bouchard, L. et Desmeules, M. (2013, Oct). Linguistic minorities in Canada and health. *Healthcare Policy*, 9(SP), 38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24289938>
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M.-H., Gilbert, A. et Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy*, 4(4), 36.
- Bouchard, L., Savard, J. et Renaud, A. (2022). État des connaissances sur la santé et les services de santé aux aînés francophones en contexte linguistique minoritaire. *Reflets*, 28(1), 66–91. <https://doi.org/10.7202/1100220ar>
- British Columbia Ministry of Health. (2025). *Gender, Sex and Sexual Orientation (GSSO) Health Information Standard & Guidance*. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/health-information-standards/gss-standard-guidance.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513.
- Brooks, H., Llewellyn, C. D., Nadarzynski, T., Pelloso, F. C., Guilherme, F. D. S., Pollard, A. et Jones, C. J. (2018). Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 68(668), e187–e196.
- Brown, M. E. et Dueñas, A. N. (2020). A medical science educator’s guide to selecting a research paradigm: building a basis for better research. *Medical science educator*, 30(1), 545–553.

- Brubaker, S. J. (2020). Identifying influences on interpersonal violence in LGBTQ relationships through an ecological framework: A synthesis of the literature. *Intimate partner violence and the LGBT+ community: Understanding power dynamics*, 53–67.
- Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D. et Walker, K. (2020). Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *Journal of research in Nursing*, 25(8), 652–661.
- Canadian Queer Medical Students Association. (2023). *Gender-Affirming Services in Manitoba*. <https://static1.squarespace.com/static/5fdd11a0c9599666a0c0d147/t/6531d2b571394b10217741c3/1697764022843/MB+EN.pdf>
- Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M. J. et Dariotis, W. M. (2015). Nursing students' perceptions of their knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: Effectiveness of a multi-purpose assignment in a public health nursing class. *Journal of Nursing Education*, 54(1), 50–53.
- Carr, K., Batista Moliner, R., Fitzgerald, M., Lamontagne, S., Bader Eddeen, A., Timony, P. E., Bédard, D., Gauthier, A., Prud'Homme, D. et Landry, J.-R. (2024). Évaluer le potentiel de soins linguistiquement concordants pour les francophones de l'Ontario: une étude populationnelle transversale. *Minorités linguistiques et société*, (22).
- Casey, B. (2019). *The health of LGBTQIA2 communities in Canada*. https://www.cgshe.ca/app/uploads/2019/11/Health_LGBTQIA2_Communities.pdf
- Charles, C. H. et Ngoumou, L. F. (2024). *Favoriser le bien-être et l'intégration sociale de la communauté racisée francophone LGBTQA+ de Toronto et Ottawa*. https://drive.google.com/file/d/1dx8o25gM1ID_yg0UUUlf05wCwzJlXsar5/view
- Chartier, M., Finlayson, G. S., Prior, H. J., McGOWAN, K.-L., Chen, H., Walld, R. et Gousseau, M. (2012). La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba. *Winnipeg: Manitoba Center for Health Policy, University of Manitoba*.
- Chbat, M., Pagé, G., Côté, I. et Blais, M. (2023). Resistance strategies and identity reappropriation of LGBTQ+ migrants in Québec. *Journal of International Migration and Integration*, 24(4), 1751–1771.
- Cleland, J., Harbison, S. et Shah, I. H. (2014). Unmet need for contraception: issues and challenges. *Studies in family planning*, 45(2), 105–122.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2021). *Objection de conscience*. <https://www.cmq.org/fr/actualites/objection-de-conscience> [Consulté le 2023-03-04]
- Collins, Z., Emmanuel, R. S., Koncza-Leblanc, C. et Ngoumou, L. F. (2024). *En quête de vérité et de respect : les sujets 2SLGBTQIA+ au sein des communautés noires d'expression française*.

- Colpitts, E. et Gahagan, J. (2016). The utility of resilience as a conceptual framework for understanding and measuring LGBTQ health. *International journal for equity in health*, 15, 1–8.
- Comeau, D., Johnson, C. et Bouhamdani, N. (2023). Review of current 2SLGBTQIA+ inequities in the Canadian health care system. *Frontiers in Public Health*, 11, 1183284. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1183284>
- Community-Based Research Centre. (2026). *Gender Affirming Care Services in Canada by Province/Territory*. https://www.cbrc.net/gender_affirming_care_services_in_canada_by_province_territory [Consulté le 2026-01-04]
- Conyers, H., Wu, D., Kpokiri, E., Zhang, Q., Hinchliff, S., Shakespeare, T. et Tucker, J. (2023). Barriers and facilitators to accessing sexual health services for older LGBTQIA+ adults: a global scoping review and qualitative evidence synthesis. *Sexual health*, 20(1), 9–19.
- Courcelles, R., Hardy, S. et Prada, K. (2023). *Bien dans notre peau : Élaboration d'un outil de diagnostic pour informer la conception et l'évaluation de services et partenariats sécuritaires, inclusifs et équitables pour toute personne 2SLGBTQ+ d'expression française au Manitoba*. <https://collectiflgbtq.ca/Des%20n%C3%B4tres%20-%20RAPPORT-FINAL%20-%20WEB.pdf>
- Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. Dans *The public nature of private violence* (p. 93–118). Routledge. https://static1.squarespace.com/static/635569db28d91410345992a5/t/6594619976e6d06c84c5d549/1704223130917/PAGES+LIB_+Mapping+the+Margins_+Crenshaw.pdf
- Creswell, J. W. (2013). Steps in conducting a scholarly mixed methods study. <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1047&context=dberspeakers>
- Curtain, C. (2025). QualCoder 3.6. <https://github.com/ccbogel/QualCoder/releases>
- de Moissac, D. (2016). *The experience of sparsely populated Francophone minority communities in Canada*. <https://www.reseausantene.ca/wp-content/uploads/2018/05/Experience-minority-comms.pdf>
- de Moissac, D. et Bowen, S. (2017, Jul). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. *Healthcare management forum*, 30(4), 207–212. <https://doi.org/10.1177/0840470417706378>
- de Moissac, D., de Rocquigny, J., Giasson, F., Tremblay, C.-L., Aubin, N., Charron, M. et Allaire, G. (2012). Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba: perceptions des professionnels. *Reflets*, 18(2), 66–100.
- de Moissac, D., Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Giasson, F., Benoît, J., Arcand, I., Lagacé, J. et Dubouloz, C. (2017). Enjeux et défis dans l'offre de services dans la langue de la minorité: l'expérience des professionnels bilingues dans le réseau de la santé et des services sociaux. *Accessibilité et offre active: santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, 205–228.

- de Moissac, D., Giasson, F. et Roch-Gagné, M. (2015). Accès aux services sociaux et de santé en français: l'expérience des Franco-Manitobains. *Minorités linguistiques et société*, (6), 42–65.
- de Moissac, D., Prada, K., Gueye, N. R., Avanthay-Strus, J. et Hardy, S. (2024, Feb). Healthcare Service Utilization and Perceived Gaps: The Experience of French-Speaking 2S/ LGBTQI+ People in Manitoba. *Healthcare Policy*, 19(3), 62–77. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2024.27239>
- de Moissac, D., Savard, J., Savard, S., Giasson, F. et Kubina, L.-A. (2020). Management strategies to improve French language service coordination and continuity for official language Francophone seniors in Canada. Dans. Healthcare Management Forum.
- de Vries, B., Gutman, G., Humble, Á., Gahagan, J., Chamberland, L., Aubert, P., Fast, J. et Mock, S. (2019). End-of-life preparations among LGBT older Canadian adults: The missing conversations. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(4), 358–379.
- Deliz, J. R., Fears, F. F., Jones, K. E., Tobat, J., Char, D. et Ross, W. R. (2020). Cultural competency interventions during medical school: a scoping review and narrative synthesis. *Journal of general internal medicine*, 35, 568-577. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-019-05417-5.pdf>
- Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., Lauzon, S. et Dubouloz, C.-J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals. *Qualitative health research*, 24(3), 295–305.
- Dupuis-Blanchard, S. (2022). Soins à domicile et soins palliatifs communautaires. Rapport non publié. *Consortium national de formation en santé*. https://carrieresante.ca/images/Soins_%C3%A0_domicile_Rapport_FINAL.pdf
- Dupuis-Blanchard, S. (2024). Soins et services pour le maintien à domicile des personnes âgées des communautés francophones en situation minoritaire. *Minorités linguistiques et société*, (22).
- Egale Canada. (2020). *National Action Plan for LGBTQI2S Rights in Canada*. https://egale.ca/wp-content/uploads/2020/01/Egale-Canada-National-LGBTQI2S-Action-Plan-Full_Web_Final.pdf
- Egale Canada. (2023). *Now What? Canada's Conversion Therapy Ban*. Egale Canada,. <https://egale.ca/awareness/conversion-therapy-ban-canada/> [Consulté le 21 novembre]
- Elchacar, M. (2023). The Influence of English on Neologisms for Nonbinary Gender Identities and Sexual Orientations in Quebec French: Between Variation and Purism. *American Speech: A Quarterly of Linguistic Usage*, 98(1), 40–66.
- Éthier, A. et Carrier, A. (2022). L'accessibilité des services sociaux et de santé chez les minorités de langue officielle du Canada et les facteurs influant sur leur accès: une étude de portée. *Minorités linguistiques et société*, (18), 197–234.
- Fish, J. et Williamson, I. (2018). Exploring lesbian, gay and bisexual patients' accounts of their experiences of cancer care in the UK. *European journal of cancer care*, 27(1), e12501.

- Forgues, É. et Maillet, S. (2024). L'effectivité des lois linguistiques dans le secteur de la santé. *Minorités linguistiques et société*, (22).
- Gahagan, J. et Subirana-Malaret, M. (2018). Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. *International journal for equity in health*, 17, 1–9.
- Garcia, J., Vargas, N., Clark, J. L., Magaña Álvarez, M., Nelons, D. A. et Parker, R. G. (2020). Social isolation and connectedness as determinants of well-being: Global evidence mapping focused on LGBTQ youth. *Global public health*, 15(4), 497–519.
- Gates-Gasse, E. et Lassonde, J. (2015). *Rapport d'évaluation des besoins des immigrants et réfugiés francophones LGBTQIA en Ontario*. <https://drive.google.com/file/d/1k86b5VdEthK8zAT35wqW0V8rIGvGyGYO/view>
- Giguère, M. F. (2022). *Qu'est-ce qu'un trouble mental?: l'héritage philosophique de Thomas Szasz* [Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/20c1ffe4-afe5-4d9f-977c-e5602dd61fb8>
- Gisoni, M. A. et Bigham, B. (2021). LGBTQ+ health: a failure of medical education. 23, 577–578.
- Gomez, L. E. et Bernet, P. (2019). Diversity improves performance and outcomes. *Journal of the National Medical Association*, 111(4), 383–392. <https://www.ucdenver.edu/docs/librariesprovider68/default-document-library/jmna-articles-bonuscontent-2.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Le premier plan d'action fédéral 2SLGBTQI+ au Canada: Bâtir notre avenir, avec fierté*. <https://www.canada.ca/fr/femmes-egalite-genres/sois-toi-meme/plan-action-federal-2SLGbtqi-plus/plan-action-federal-2SLGbtqi-plus-2022.html>
- Gouvernement du Canada. (2023a). *2SLGBTQI+ Action Plan Survey Results: Health and Wellbeing*. <https://www.canada.ca/en/women-gender-equality/free-to-be-me/federal-2slgbtqi-plus-action-plan/survey-findings/health-wellbeing.html>
- Gouvernement du Canada. (2023b). *Plan d'action pour les langues officielles 2023–2028*. <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/langues-officielles-bilinguisme/plan-action-langues-officielles/2023-2028.html>
- Gouvernement du Canada. (2024a). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html> [Consulté le 5 mars 2023]
- Gouvernement du Canada. (2024b). *Faits, statistiques et impact : Communautés 2SLGBTQI+*. <https://www.canada.ca/fr/femmes-egalite-genres/sois-toi-meme/action-federale-communautes-2SLGbtqi/faits-statistiques.html>
- Gouvernement du Canada. (2025). *Régime canadien de soins dentaires*. <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/dentaire/regime-soins-dentaires.html>

- Gouvernement du Manitoba. (2017). *Politique sur les services en français*. https://www.gov.mb.ca/fls-slf/pdf/fls_policy_fr20170908.pdf
- [Record #1746 is using a reference type undefined in this output style.]
- Gouvernement du Manitoba. (2025). Renseignements sur la carte de santé. <https://www.gov.mb.ca/health/mhsip/health-card-information.fr.html>
- Government of Manitoba. (2024, Mai). *Pre-exposure Prophylaxis for HIV : Eligibility Criteria and Clinical Guidance for Manitoba HIV Pre-Exposure Prophylaxis*. https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/docs/prep_eligibility_criteria.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J. et Min, D. (2011). Transgender discrimination survey. *National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force: Washington, DC, USA*, 1(1), 2-7.
- Gupta, A., Salway, T. et Jessani, A. (2023). Cost related avoidance of oral health service utilization among lesbian, gay, and bisexual individuals in Canada. *Journal of Public Health Dentistry*, 83(3), 254-264.
- Harding, S. (2013). Rethinking standpoint epistemology: What is “strong objectivity”? Dans *Feminist epistemologies* (p. 49-82). Routledge.
- Haviland, K. S., Swette, S., Kelechi, T. et Mueller, M. (2020). Barriers and facilitators to cancer screening among LGBTQ individuals with cancer. Dans. *Oncology nursing forum*.
- Heer, E., Peters, C., Knight, R., Yang, L. et Heitman, S. J. (2023). Participation, barriers, and facilitators of cancer screening among LGBTQ+ populations: a review of the literature. *Preventive Medicine*, 170, 107478.
- HL7®. (2024, 2024-11-17). *HL7 Terminology*. <http://terminology.hl7.org/ImplementationGuide/hl7.terminology>
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J. a., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M. et Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people? *Quality in Primary Care*, 20(4), 263-274.
- Hughto, J. M. W., Reisner, S. L. et Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social science & medicine*, 147, 222-231.
- Hunter, M. (2025, 2025-06-02). Bill 43 – the Human Rights Code Amendment Act, Adding Gender Expression as a Protected Characteristic. *University of Manitoba*. <https://chrr.info/blog/reflection/bill-43-the-human-rights-code-amendment-act-adding-gender-expression-as-a-protected-characteristic/> [Consulté le 2026-01-07]
- Jeffries IV, W. L., Flores, S. A., Rooks-Peck, C. R., Gelaude, D. J., Belcher, L., Ricks, P. M. et Millett, G. A. (2021). Experienced homophobia and HIV infection risk among US gay, bisexual, and other men who have sex with men: a meta-analysis. *LGBT health*, 8(1), 1-10.
- Kalmar, E. et Mariano, J. (2024). End-of-life and palliative care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer or questioning, or another diverse gender identity older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 40(2), 333-345.
- Kingsley, C. et Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA education*, 17(4), 137-144.

- Klein, D. A., Malcolm, N. M., Berry-Bibee, E. N., Paradise, S. L., Coulter, J. S., Keglovitz Baker, K., Schvey, N. A., Rollison, J. M. et Frederiksen, B. N. (2018). Quality primary care and family planning services for LGBT clients: a comprehensive review of clinical guidelines. *LGBT health*, 5(3), 153–170.
- Klinik Community Health. (2024, Juin). *Trans Health Klinik Welcome Package*. <https://klinik.mb.ca/wp-content/uploads/2023/09/Trans-Health-Welcome-Package-Updated-June-2024.pdf>
- Klinik Community Health. (2026). *Education*. <https://klinik.mb.ca/education/> [Consulté le 2026-01-07]
- Kortes-Miller, K., Wilson, K. et Stinchcombe, A. (2019). Care and LGBT aging in Canada: a focus group study on the educational gaps among care workers. *Clinical Gerontologist*, 42(2), 192–197.
- Kuzma, E. K., Pardee, M. et Darling-Fisher, C. S. (2019). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Creating safe spaces and caring for patients with cultural humility. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(3), 167–174.
- LCM Avocats. (2025). *Multiparent families finally recognized in Quebec*. <https://lcm.ca/en/multiparent-families-finally-recognized-in-quebec/> [Consulté le 2025-12-31]
- Lee, A. et Kanji, Z. (2017). Queering the health care system: Experiences of the lesbian, gay, bisexual, transgender community. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 51(2).
- Leeies, M., Kruse, M., Weston, B., Smith, S., Primavesi, R., Klassen, B., Draenos, C. et Primiani, N. (2024). Sexual orientation and gender identity advocacy in emergency medicine: a Canadian Association of Emergency Physicians position statement. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 26(2), 78–81.
- Lévesque, A. (2022, 30 novembre). Le comble de l'anglo-normativité : les francophones parlant anglais à la Commission sur l'état d'urgence. *La Conversation*. <https://theconversation.com/le-comble-de-langlo-normativite-les-francophones-parlant-anglais-a-la-commission-sur-letat-durgence-195275> [Consulté le 27 novembre 2024]
- Levesque, A., Gueye, N. R., de Moissac, D., Archambault, H. et Rivard, É. (2022). Identité ethnolinguistique et bien-être mental: le cas des jeunes francophones du Manitoba. *Alterstice*, 11(2), 111–125.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 1–9.
- Manitoba Public Insurance. (2025). *Manitoba Public Insurance Physiotherapy Service Rates*. <https://apps.mpi.mb.ca/HealthCare/Physiotherapy/Physiotherapy%20-%20Rates.pdf>
- Matsick, J. L., Sullivan, J. T., Todd, E., Kruk, M. et Cook, J. E. (2024). A social ecological approach to belonging in LGBTQ+ people. *Nature Reviews Psychology*, 3(3), 181–197.
- Matsuzaka, S., Romanelli, M. et Hudson, K. D. (2021). “Render a service worthy of me”: A qualitative study of factors influencing access to LGBTQ-specific health services. *SSM- Qualitative Research in Health*, 1, 100019.

- McGlynn, N., Browne, K., Sherriff, N., Zeeman, L., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Donisi, V., Farinella, F. et Rosińska, M. (2020). Healthcare professionals' assumptions as barriers to LGBTI healthcare. *Culture, Health & Sexuality*, 22(8), 954–970.
- McLeroy, K., Steckler, A. et Bibeau, D. (1988). The social ecology of health promotion interventions. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377.
- McNeill, S. G., McAteer, J. et Jepson, R. (2023). Interactions between health professionals and lesbian, gay and bisexual patients in healthcare settings: a systematic review. *Journal of Homosexuality*, 70(2), 250–276. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1945338>
- Menkin, D., Tice, D. et Flores, D. (2022). Implementing inclusive strategies to deliver high quality LGBTQ+ care in health care systems. *Journal of Nursing Management*, 30(5), O46–O51.
- Meyer, H. M., MocarSKI, R., Holt, N. R., Hope, D. A., King, R. E. et Woodruff, N. (2020). Unmet expectations in health care settings: Experiences of transgender and gender diverse adults in the Central Great Plains. *Qualitative health research*, 30(3), 409–422.
- Mink, M. D., Lindley, L. L. et Weinstein, A. A. (2014). Stress, stigma, and sexual minority status: The intersectional ecology model of LGBTQ health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(4), 502–521.
- Morgenroth, T., Kirby, T. A. et van der Toorn, J. (2024). Heteroprofessionalism: The power of the gender/sex binary in the workplace. *Current Opinion in Psychology*, 60, 101908.
- Mottier, D. (2024). Identifying Barriers to Healthcare Access and Utilization Experienced by LGBTQ+ Adults with Chronic Diseases Through the Lens of the Social Ecological Model.
- Murray, M., Peguero-Rodriguez, G., Scarlett, E., Perron, A. et Chartrand, J. (2022). L'accès aux soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada: une recension des écrits. *Minorités linguistiques et société*, (19), 62–94.
- Nadeau, J.-B. (2016, 2016–04–16). Le dernier préjugé «acceptable». *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/467789/le-dernier-prejuge-acceptable> [Consulté le 2025–08–28]
- National LGBT Health Education Center. (2016). *Providing inclusive services and care for LGBT people: A guide for health care staff*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/learning-guide/>
- Neville, S. et Henrickson, M. (2006). Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *Journal of advanced nursing*, 55(4), 407–415.
- Ngoumou, L. F., Baudry, A. et Inkingi, S. (2022). *Guide des conseils pratiques et des techniques d'intervention pour le bien-être en santé mentale des personnes noires LGBTQI+ francophones d'origines africaines et caribéennes à Toronto*. https://drive.google.com/file/d/1lu3_PDa4qQ9V0YNy2eMY1f3RcNysXX6q/view
- Nowaskie, D. Z. et Najam, S. (2022). Lesbian, gay, bisexual, and/or transgender (LGBT) cultural competency across the intersectionalities of gender identity, sexual orientation, and race among healthcare professionals. *PLoS ONE*, 17(11), e0277682.

- Office régional de la santé de Winnipeg. (2024). Active Offer in Healthcare Training on LMS. <https://professionals.wrha.mb.ca/files/Active-Offer-FAQ.pdf>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. et Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 42, 533–544.
- Pearce, C. et Di Lorito, C. (2023). Exploring health care professionals' experiences of supporting LGBTQ+ patients: a qualitative study. *Practice Nursing*, 34(2), 68–73.
- Prada, K., de Moissac, D. et Gueye, N. R. (2021). *Des nôtres : Une analyse des besoins des personnes LGBTQ2S d'expression française du Manitoba*. <https://collectiflgbtq.ca/Des%20n%C3%B4tres%20-%20RAPPORT-FINAL%20-%20WEB.pdf>
- Prada, K., de Moissac, D., Gueye, N. R., Hardy, S. et Avanthay-Strus, J. (2023). Living in a liminal space: Experiences of 2SLGBTQ+ official language minority Canadians during the COVID-19 pandemic. *Culture, Health & Sexuality*, 25(11), 1465–1482.
- Province of Manitoba. (2025). *Family Doctor Finder*. <https://www.manitoba.ca/health/familydoctorfinder/> [Consulté le 2025-12-08]
- Quinn, G. P., Sutton, S. K., Winfield, B., Breen, S., Canales, J., Shetty, G., Sehovic, I., Green, B. L. et Schabath, M. B. (2015). Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning (LGBTQ) perceptions and health care experiences. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 27(2), 246–261.
- Rainbow Resource Center. (2026). *Manitoba 2SLGBTQ+ Organizations*. <https://rainbowresourcecentre.org/resources/organizations> [Consulté le 2026-01-04]
- Reaume, M., Batista, R., Prud'homme, D. et Tanuseputro, P. (2024). Qualité et sécurité des services de santé offerts en situation linguistique minoritaire en Ontario: investigations des données administratives de santé. *Minorités linguistiques et société*, (22). <https://doi.org/10.7202/1110631ar>
- Reeves, K., Job, S., Blackwell, C., Sanchez, K., Carter, S. et Taliaferro, L. (2024). Provider cultural competence and humility in healthcare interactions with transgender and nonbinary young adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(1), 18–30. <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/am-pdf/10.1111/jnu.12903>
- Reinikainen, J., Tolonen, H., Borodulin, K., Härkänen, T., Jousilahti, P., Karvanen, J., Koskinen, S., Kuulasmaa, K., Männistö, S., Rissanen, H. et Vartiainen, E. (2017). Participation rates by educational levels have diverged during 25 years in Finnish health examination surveys. *European Journal of Public Health*, 28(2), 237–243. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx151>
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique: guide pratique*. RÉFIPS, section des Amériques.
- Reynolds, C. M. (2020). Safe healthcare for all patients: Voices of the LGBTQ community seeking safe and inclusive care. *Patient Safety*, 2(1), 64–71.

- Richard, L., Gauvin, L. et Raine, K. (2011). Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual review of public health*, 32(1), 307–326.
- Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J. et Hayward, R. S. (1995, Nov–Dec). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP journal club*, 123(3), A12–13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7582737>
- Robles, R., Real, T. et Reed, G. M. (2021). Depathologizing Sexual Orientation and Transgender Identities in Psychiatric Classifications. *Consort Psychiatr*, 2(2), 45–53. <https://doi.org/10.17816/cp61>
- Romanelli, M. et Hudson, K. D. (2017). Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *American journal of orthopsychiatry*, 87(6), 714. <https://doi.org/10.1037/ort0000306>
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K. et Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the US. *PLoS ONE*, 15(10), e0240088.
- Rufino, A. C., Madeiro, A., Trinidad, A. S., Rodrigues dos Santos, R. et Freitas, I. (2018). Disclosure of sexual orientation among women who have sex with women during gynecological care: a qualitative study in Brazil. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(7), 966–973.
- Saleh, L. D., Operario, D., Smith, C. D., Arnold, E. et Kegeles, S. (2011). “We’re going to have to cut loose some of our personal beliefs”: barriers and opportunities in providing HIV prevention to African American men who have sex with men and women. *AIDS Education and Prevention*, 23(6), 521–532.
- Santé en Français Inc. (2025a). *Guide de navigation du réseau de la santé et des services sociaux du Manitoba*. https://santeenfrancais.com/wp-content/uploads/2025/03/SF_Guide-reseau-sante-et-services-sociaux-MB_mars2025.pdf
- Santé en Français Inc. (2025b). *Trouver des services en français*. <https://santeenfrancais.com/annuaire/> [Consulté le 2025–12–08]
- Savard, J., Benoît, J., Cormier, M., Muray, M., Dorion, M., Vincent, C. et Giroux, I. (2024). La formation à l’offre active: design pédagogique, défis et avenues pour le futur. *Minorités linguistiques et société*, (22). <https://www.erudit.org/en/journals/minling/2024-n22-minling09224/1110632ar.pdf>
- Savard, J., Bigney, K., Kubina, L. A., Savard, S. et Drolet, M. (2020). Facilitateurs et obstacles structurels à l’accès et à la continuité en français des services sociaux et de santé dans la région ontarienne de Champlain. *Politiques de Santé*, 16(1), 78–94.
- Sawatzky, B. (2023, 2023–02–06). Le Manitoba est la première province à recueillir des données sur les soins de santé fondées sur l’ethnie *La Liberté*. <https://www.la-liberte.ca/2023/02/06/le-manitoba-est-la-premiere-province-a-recueillir-des-donnees-sur-les-soins-de-sante-fondees-sur-lethnie/> [Consulté le 2025–07–16]

- Scanlon, J. K., Wofford, L., Fair, A. et Philippi, D. (2021, Jul–Aug 01). Predictors of Participation in Clinical Research. *Nurs Res*, 70(4), 289–297. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000513>
- Schmitz, R. M. et Tabler, J. (2021). Health services and intersections of care: Promises and pitfalls experienced by LGBTQ+ Latino/a emerging adults. *Journal of LGBT youth*, 18(1), 1–22.
- Schrewe, B., Yeuchy, T., El Hafid, M. et Nyhof-Young, J. (2023). Educating future physicians for francophone official language minority communities in Canada: a case study. *Canadian medical education journal*, 14(6), 20–30.
- Sexual Education Resource Centre MB (SERC). (2018, 2025). *2STLGBTQIA+ Program*. <https://serc.mb.ca/what-we-offer/programs-and-projects/2stlgbt-program/> [Consulté le 2026-01-05]
- Silverman, M. et Baril, A. (2023). «Nous devons lutter si fort pour défendre nos droits et ceux de nos proches»: Prendre soin d'une personne trans ou non binaire vivant avec une démence. *Canadian Journal of Disability Studies*, 12(3), 189–246.
- Singh, R. S., Zamarin, K., Eckstrand, K. L., Sklar, M., Sturm, R. et Willging, C. (2025). Recommendations for promoting affirming healthcare for gender and sexual minorities with intersecting marginalized identities. *BMC Health Services Research*, 25(1), 585.
- Société de la francophonie manitobaine (SFM). (2022). *Livre blanc sur l'immigration francophone au Manitoba*. https://www.sfm.mb.ca/wp-content/uploads/2022/10/Livre_blanco_IF_version_finale_-_novembre-22_FR-1.pdf
- Société de la francophonie manitobaine (SFM). (2026). *Annuaire des services en français*. <https://annuaire.sfm.mb.ca/annuaire/> [Consulté le 2026-01-07]
- Société Santé en français (SSF). (2025). *L'offre active des services de santé en français : pourquoi et comment la mettre en pratique*. <https://formationoffreactive.ca/> [Consulté le 2025-07-01]
- Soins Communs. (2024). *Designated Bilingual Health Authorities, Programs, and Sites in Manitoba*. <https://healthproviders.sharedhealthmb.ca/files/designated-bilingual-sites.pdf>
- Song, M. (2020). Rethinking minority status and 'visibility'. *Comparative Migration Studies*, 8(1), 5.
- Souleymanov, R., Star, J., McLeod, A., Amjad, S., Moore, S., Campbell, C., Lorway, R., Payne, M., Ringaert, L. et Larcombe, L. (2022). Relationship between sociodemographics, healthcare providers' competence and healthcare access among two-spirit, gay, bisexual, queer and other men who have sex with men in Manitoba: results from a community-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(1), e054596.
- Sprout Family. (2024). *LGBTQ2+ Adoption in Canada*. <https://content.sproutfamily.ca/content-library/lgbtq2-adoption-in-canada> [Consulté le 2025-12-31]
- Stanford, F. C. (2020, Jun). The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *J Natl Med Assoc*, 112(3), 247–249. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.03.014>
- Statistique Canada. (2021a). *Census Profile, 2021 Census of Population*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/details/pag>.

- Statistique Canada. (2021b). *Recensement de 2021 : 2A-L*. https://www.statcan.gc.ca/fr/programmes-statistiques/instrument/3901_Q2_V6
- Statistique Canada. (2022). *Canada at a Glance, 2022 LGBTQ2+ people*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.pdf?st=l07qEiqJ>
- Statistique Canada. (2023). *Access to Healthcare*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2024001/section4-eng.htm>
- Statistique Canada. (2024a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : fichier de microdonnées à grande diffusion, 2019–2020*. <https://doi.org/https://doi.org/10.25318/82m0013x-fra>
- Statistique Canada. (2024b). *Fichier hiérarchique, (fichiers de microdonnées à grande diffusion) du Recensement de la population, année de recensement 2021*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/98M0001X>
- Stokols, D. (1992, Jan). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.1.6>
- Tam, T. (2019). *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2019: Addressing Stigma Towards a More Inclusive Health System*. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-toward-more-inclusive-health-system.html>
- Thompson, E. L., Griner, S. B., Grace, J., Maynard, G., Akpan, I. N., Johnson, K., Webb, N., Alkhatib, S. et Kline, N. S. (2024). Online recruitment of qualitative study participants: Lessons learned. *Health Behavior Research*, 7(3), 3.
- Tudisco, J. (2021). Queering the French Académie: Reclaiming linguistic authority for trans and non-binary people. *Toronto Working Papers in Linguistics*, 43(1).
- University of Manitoba. (2023). *Bilingual Stream – Volet bilingue*. https://entrada.radyfhs.umanitoba.ca/api/serve-learning-object.api.php?id=1804&filename=DFM_Brochure_and_Rotations_2023_Bilingual.pdf&community_id=265 [Consulté le 2026-02-19]
- van Kemenade, S., Bouchard, L. et Savard, J. (2024). La santé mentale en contexte francophone minoritaire: état des connaissances. *Minorités linguistiques et société*, (22).
- Vo, T. D. (2021). The whiteness of 'safe' spaces: Developing a conceptual framework to critically examine the well-being of racialized 2SLGBTQ+ people within 2SLGBTQ+ leisure spaces. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 30(2), 219–231.
- von der Warth, R., Horstmeier, L. M., Körner, M. et Farin-Glattacker, E. (2024). Health Communication Preferences of Transgender and Gender-Diverse Individuals—Development and First Psychometric Evaluation of the CommTrans Questionnaire. *Journal of Homosexuality*, 1–16.

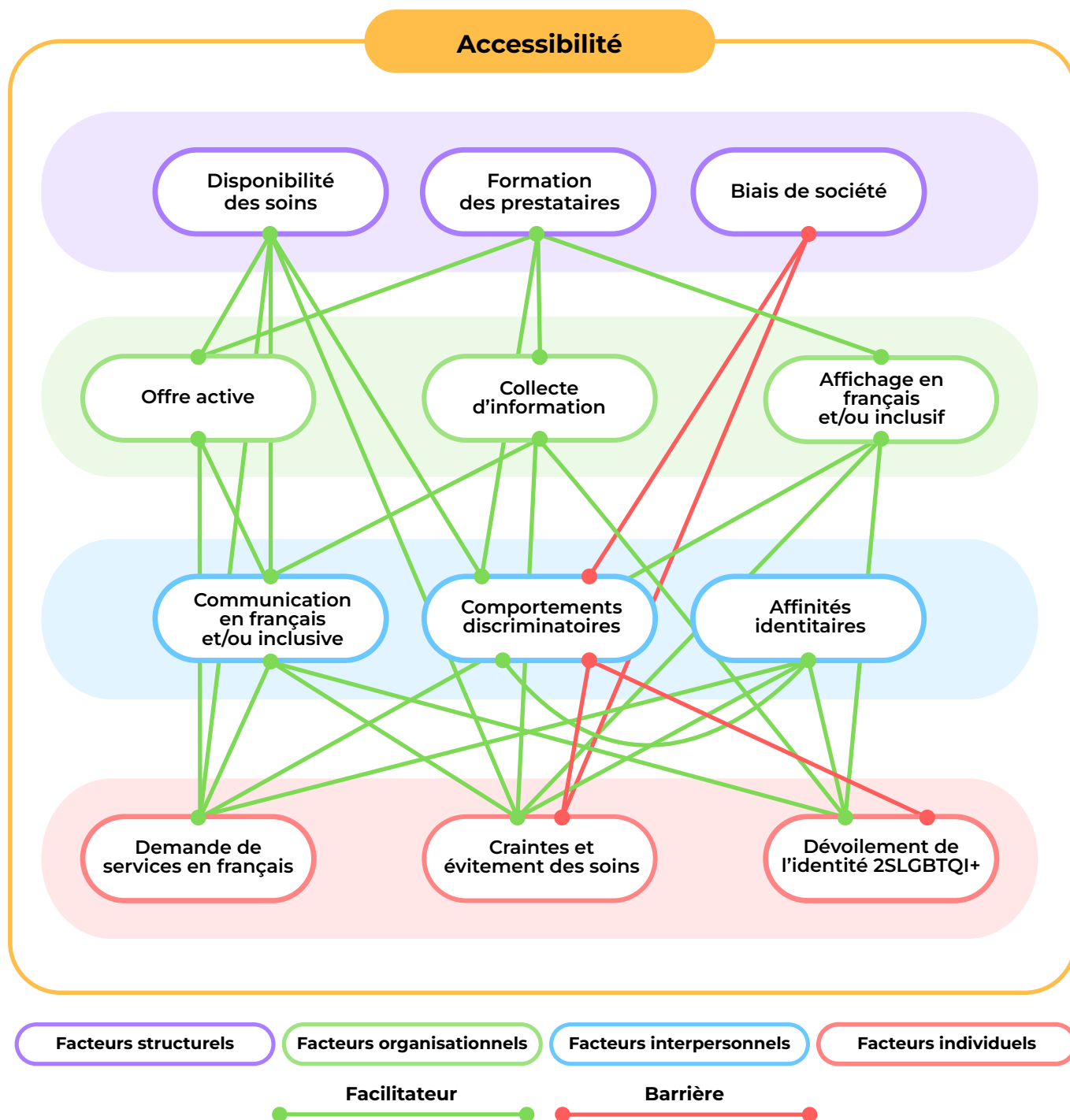
- Wagner, T. L. et Kitzie, V. L. (2023). 'Access necessitates being seen': Queer visibility and intersectional embodiment within the health information practices of queer community leaders. *Journal of Information Science*, 49(4), 1045–1059.
- Waite, S. et Denier, N. (2019). A research note on Canada's LGBT data landscape: Where we are and what the future holds. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 56(1), 93–117.
- Willis, P., Dobbs, C., Evans, E., Raithby, M. et Bishop, J. A. (2020). Reluctant educators and self advocates: Older trans adults' experiences of health care services and practitioners in seeking gender affirming services. *Health Expectations*, 23(5), 1231–1240.
- Willison, D. J., Richards, D. P., Orth, A., Harris, H. et Marlin, S. (2019, Sep). Survey of Awareness and Perceptions of Canadians on the Benefits and Risks of Clinical Trials. *The Innov Regul Sci*, 53(5), 669–677. <https://doi.org/10.1177/2168479018805433>
- Wilson, L. C. et Liss, M. (2022). Safety and belonging as explanations for mental health disparities among sexual minority college students. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 9(1), 110.
- Wong, C. J. (2024). *Who Gets to Be A Parent?* <https://macleans.ca/society/polyamorous-parenting-canada/> [Consulté le 2025-12-31]
- Yang, H.-C. (2021). Teaching LGBT+ health and gender education to future doctors: implementation of case-based teaching. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8429.
- Yu, H., Bauermeister, J. A. et Flores, D. D. (2023). LGBTQ+ health education interventions for nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 121, 105661.
- Yu, H., Flores, D. D., Bonett, S. et Bauermeister, J. A. (2023). LGBTQ+ cultural competency training for health professionals: a systematic review. *BMC Medical Education*, 23(1), 558.

10. Annexes

10.1. Annexe A – Cadre PICOS

P : Population	I : Intervention/ phénomène	C : Comparateur	O : Outcome/Effets	S : Settings/Contexte
Personnes francoqueers	Facteurs influençant l'accès (barrières / facilitateurs)	—	Accès aux soins	Manitoba, période post-COVID

10.2. Annexe B – Résumé des facteurs



10.3. Annexe C – Tableaux sociodémographiques

Les questions finissant par un astérisque permettaient une sélection multiple et le total peut dépasser le nombre de personnes ou d'épisodes.

Profil des personnes participantes (n=7)

CATÉGORIES	NOMBRES
QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ?	
16 à 24 ans	1
25 à 34 ans	3
35 à 44 ans	2
45 à 55 ans	0
55 à 64 ans	0
65 ans et plus	1
APPARTENEZ-VOUS À L'UN OU PLUSIEURS DES GROUPES MINORITAIRES SUIVANTS? *	
Minorité visible	1
Minorité religieuse	0
Minorité sexuelle	6
Minorité de genre	4
Personne en situation de handicap	2
Minorité linguistique	4
Autre	0
LAQUELLE (OU LESQUELLES) DES IDENTITÉS DE GENRE SUIVANTES VOUS DÉCRIT LE MIEUX? *	
Femme	1
Homme	1
Non-binaire / Agenre / Neutre	3
Intersexe	0
Cisgenre	0
Transgenre / Transexuel·le / Trans	2
Genre fluide / Genderqueer / Bigenre	1
Bispirituel·le	1
En questionnement ou en évolution	1
Je préfère ne pas répondre	0
Autre	1

LAQUELLE (OU LESQUELLES) DES ORIENTATIONS SEXUELLES SUIVANTES VOUS DÉCRIT LE MIEUX? *	
Lesbienne	3
Gai·e	1
Bisexual·le	2
Polysexuel·le	1
Pansexuel·le	0
Asexuel·le	0
Hétérosexuel·le	0
En questionnement ou en évolution	1
Je préfère ne pas répondre	0
Autre	1
LAQUELLE (OU LESQUELLES) DES POSSIBILITÉS SUIVANTES DÉCRIVENT LE MIEUX VOTRE IDENTITÉ SUR LE PLAN DE LA LANGUE? *	
Francophone	6
Anglophone	1
Francophile	0
Bilingue (français/anglais)	3
Bilingue (français et autre langue)	0
Multilingue (français et d'autres langues)	1
Autre	0
QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SCOLARITÉ LE PLUS ÉLEVÉ ?	
École primaire	0
École secondaire, lycée ou équivalent	0
Formation collégiale ou technique pour exercer un métier (soudure, coiffure ou autre)	0
Baccalauréat ou équivalent	4
Diplôme pour exercer une profession réglementée (médecine, génie, droit ou autre)	0
Maîtrise	3
Doctorat	0
VIVEZ-VOUS EN MILIEU URBAIN OU RURAL ?	
Urbain, à l'est de la Rivière Rouge (du même côté de la rivière que Saint-Boniface, par exemple)	4
Urbain, à l'ouest de la Rivière Rouge (du même côté de la rivière que St-James, par exemple)	2
Rural, dans la région sud (au sud de la transcanadienne)	0

Rural, dans la région Entre-les-lacs et l'est	0
Rural, dans la région ouest (Prairie Mountain)	0
Rural, au nord des lacs Winnipeg/Manitoba	0
Autre	1

Profil des soins reçus (n=37)

CATÉGORIES	NOMBRES
CATÉGORIE DE SOINS REÇUS *	
Soins Primaires	12
Soins d'urgence et spécialisés	13
Soins paramédicaux	8
Soins de santé mentale	6
Soins 2SLGBTQI+	4
COUVERTURE FINANCIÈRE DE SOINS	
Complète	27
Aucune	6
Partielle	2
Indéterminé	2
LANGUE DANS LAQUELLE LES SOINS ONT ÉTÉ REÇUS	
Anglais	24
Hybride	9
Français	3
Indéterminé	1
RÉGION OÙ LES SOINS ONT ÉTÉ REÇUS	
Urbain, est de la rivière-rouge	17
Urbain, ouest de la rivière-rouge	16
Hors Manitoba	2
Téléphone	1
Manitoba Rural	1



COLLECTIF

LGBTQ* DU MANITOBA

**Pour de plus amples renseignements, consultez
collectiflgbtq.ca ou écrivez-nous : info@collectiflgbtq.ca**



La présente initiative a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.
Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.



Santé
Canada



Société Santé
en français



Santé en
français



Université de
Saint-Boniface