

JUIN 2021

Promouvoir l'équité dans l'accès aux soins pour les membres de la communauté LGBTQI2+



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, ni les autres fournisseurs de soins de santé, ni les organismes qui les emploient. Il faut faire preuve de souplesse dans l'utilisation de ces lignes directrices et les adapter aux besoins individuels et aux conditions locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Promouvoir l'équité dans l'accès aux soins pour les membres de la communauté LGBTQI+ Toronto (Ontario) : AIIAO; 2021

Financement

La réalisation de ce document a été financée par le gouvernement de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) désigne les situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, chaque membre du comité d'experts de l'AIIAO a déclaré dans un formulaire de déclaration normalisé tout conflit d'intérêts pouvant être interprété comme étant perçu et réel. Les membres du comité d'experts ont de plus mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion sur les lignes directrices et avant leur publication. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit contraignant n'a été relevé. Voir le résumé des déclarations de conflits d'intérêts à l'adresse suivante (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Remerciements

Nous reconnaissons que le siège de l'AIIAO est situé sur le territoire traditionnel et non cédé des Hurons-Wendats, des Haudenosaunee et, plus récemment, sur le territoire des Mississaugas de Credit River. Ce territoire fait partie des terres protégées par l'accord de la ceinture de wampum dit du « bol à une seule cuillère », un accord entre la Confédération iroquoise et les peuples ojibwé et leurs alliés afin de partager pacifiquement et préserver les ressources sur les rives des Grands Lacs. Ces terres abritent encore de nombreuses collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis de l'Île de la Tortue, et nous sommes reconnaissants de pouvoir travailler sur ce territoire. Par cette reconnaissance du territoire, nous prenons part à un acte de réconciliation, en honorant la terre et le patrimoine autochtone, qui a plus de 10 000 ans d'histoire. Nous vous encourageons à vous renseigner sur les terres où vous résidez et sur les traités qui y sont rattachés; les reconnaissances du territoire constituent un acte de réconciliation, et nous devons tous contribuer au processus.

Images de la page couverture

Images de la page couverture en haut à gauche et en bas à droite de *The Gender Spectrum Collection*

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
500-4211 Yonge St., Toronto, Ontario M2P 2A9
Site Web : www.RNAO.ca/bpg



**Promouvoir l'équité dans l'accès
aux soins pour les membres de la
communauté LGBTQI2+**

Mot de bienvenue de Doris Grinspun, directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente le document sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LPDE) intitulé *Promouvoir l'équité dans l'accès aux soins pour les membres de la communauté LGBTQI2+*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les fournisseurs de soins de santé s'engagent à offrir chaque jour.

Nous remercions chaleureusement les nombreux intervenants qui contribuent à concrétiser notre vision des LDPE. Tout d'abord, et c'est le plus important, nous remercions le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu dès 1999 la capacité de l'AIIAO à diriger un programme ayant acquis une reconnaissance mondiale et qui s'est engagé à le financer. Nous remercions également les coprésidentes du comité d'experts de l'AIIAO, Sheena Howard (ancienne présidente de Primary Care Nurses of Ontario de l'AIIAO) et Elizabeth Saewyc (directrice et professeure de la School of Nursing, Université de la Colombie-Britannique), de leur précieuse expertise et de la gérance exemplaire de ce projet de LDPE. Merci au personnel de l'AIIAO, Amy Burt et Deborah Flores (co-responsables de l'élaboration des lignes directrices), ainsi que Glynis Gittens et Verity Scott (coordinatrices du projet d'élaboration des lignes directrices), de même qu'au reste de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO du travail considérable qu'ils ont accompli et du savoir-faire dont ils ont fait preuve dans la réalisation de cette LDPE. Nous remercions tout particulièrement le comité d'experts d'avoir généreusement mis à disposition son temps, ses connaissances et ses points de vue, surtout pendant cette période difficile de la pandémie de COVID-19, pour produire un document rigoureux et fondé sur des données probantes qui orientera la formation et la pratique des fournisseurs de soins de santé. Nous sommes reconnaissants envers les nombreuses personnes ayant une expérience concrète qui ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ces lignes directrices, qu'ils soient des membres du groupe, des intervenants ou des défenseurs des droits du Rainbow Nursing Interest Group. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Le succès de l'adoption généralisée des LDPE exige un effort concerté de la part du personnel enseignant, des cliniciennes et cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques, des chercheuses et chercheurs ainsi que des bailleurs de fonds. Forts de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, le personnel infirmier et les fournisseurs de soins de santé fournissent l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'initiative en devenant des Organisations vedettes des pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD}, qui regroupent 1 000 établissements de service et établissements universitaires du Canada et d'ailleurs), en parrainant les champions des pratiques exemplaires, en adoptant des LDPE et en évaluant leur contribution aux résultats obtenus auprès des patients et des organismes. Nos gouvernements et ceux de l'étranger ont également pris part à ce projet formidable. Ensemble, nous contribuons à édifier une culture de la pratique fondée sur des données probantes qui profite à toutes et à tous.

Nous vous invitons à diffuser cette LDPE avec vos collègues de la communauté des soins infirmiers et de santé ainsi que les conseillères et conseillers aux patients partenaires des organisations de soins et des organismes gouvernementaux avec qui vous travaillez. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Nous devons veiller ensemble à ce que les citoyennes et citoyens reçoivent les meilleurs soins possible de notre part chaque fois qu'ils ont besoin de nos services de sorte qu'ils soient les premiers bénéficiaires de ce grand effort.



Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), D.H.C., FAAN, FCAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale et fondatrice du programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Remarque sur la terminologie et la langue	6	
Objet et champ d'application	8	
Interprétation des données et force des recommandations	12	
Résumé des recommandations	15	
Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires	18	
Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllAO	23	
Comité d'experts des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllAO	25	
Remerciements aux intervenants	26	
Contexte	30	
Recommandations	40	RECOMMANDATIONS
Lacunes de la recherche et conséquences futures	113	
Stratégies de mise en œuvre	117	
Références	119	RÉFÉRENCES

Table des matières

ANNEXES	Annexe A : Glossaire	141
	Annexe B : Énoncé de position de l'AIIAO	154
	Annexe C : Textes de référence fondamentaux.	156
	Annexe D : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et ressources connexes à la présente LDPE	159
	Annexe E : Ressources sur le traitement médicamenteux et la chirurgie de transition	161
	Annexe F : Méthodes d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	163
	Annexe G : Diagrammes PRISMA pour la recherche de lignes directrices et les revues systématiques	179
	Annexe H : Processus d'élaboration des indicateurs	188
	Annexe I : Exemples de pronoms inclusifs (en anglais)	190
	Annexe J : Exemples de symboles et de drapeaux inclusifs	192
	Annexe K : Ressources autochtones bispirituelles et LGBTQI+	194
	Annexe L : Liste des organisations offrant des interventions de groupe	199
	Annexe M : Exemple de formulaire inclusif	205
Annexe N : Description de la <i>Trousse d'outils Leading Change^{MC}</i>	211	
APPUI	Appuis	214
REMARQUE	REMARQUES	215

Comment utiliser ce document

La présente **ligne directrice sur les pratiques exemplaires**^{G*} (LDPE) est un document exhaustif qui fournit des ressources pour la **pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes**^G. Il ne s'agit pas d'un manuel ni d'un guide pratique, mais plutôt d'une ressource sur les pratiques exemplaires visant à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier**^G, de l'**équipe interprofessionnelle**^G, du personnel enseignant, des organisations de services de santé, des établissements d'enseignement ainsi que des **personnes concernées**^G et de leur réseau de soutien. Il faut appliquer la LDPE selon les besoins des organisations de services de santé, des établissements d'enseignement ou d'autres milieux de pratique, et selon les préférences des personnes **bispirituelles**^G, **lesbiennes**^G, **gaies**^G, **bisexuelles**^G, **trans**^G, **queers**^G, **intersexuées**^G et d'autres personnes qui se décrivent comme appartenant à une minorité sexuelle ou de genre (**LGBTQI2+**^G). Ce document, qui offre des **recommandations**^G fondées sur des données probantes, décrit : (a) la communication inclusive, les espaces sécurisés, l'évaluation et le dépistage des risques, les interventions de groupe et la formation, ainsi que la présentation (b) les avantages et les inconvénients, (c) les valeurs et les préférences, ainsi que (d) les considérations relatives à l'équité dans l'accès aux soins.

Le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle, ainsi que les le personnel enseignant et administratif qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles et des programmes de formation à l'appui de la prestation de services. Le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle spécialisés dans les soins directs tireront profit des recommandations et des données probantes sur lesquelles elles s'appuient.

Si votre organisation de services de santé décide d'adopter cette LDPE, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous recommande de suivre les étapes ci-dessous :

1. Faites une évaluation comparative de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation actuels par rapport aux **énoncés de pratique exemplaire**^G, aux recommandations et aux discussions sur les données figurant dans la présente LDPE.
2. Déterminez les besoins ou les lacunes de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation.
3. Prenez note des recommandations et pratiques exemplaires applicables à votre contexte et pouvant être utilisées pour répondre aux besoins de votre organisation et combler des lacunes.
4. Élaborez un plan pour la mise en œuvre des recommandations, l'adoption des pratiques exemplaires et l'évaluation des **résultats**^G.

Ressources de mise œuvre^G, dont la *Leading Change Toolkit*^{MC} (AIIAO en partenariat avec Excellence en santé Canada [ESC], 2021), accessibles (en anglais) en ligne à <https://www.RNAO.CA/leading-change-toolkit>. Une description de cette trousse d'outils figure à l'**annexe N**. Pour en savoir plus, voir **Stratégies de mise en œuvre**.

Toutes les LDPE de l'AIIAO peuvent être téléchargées sans frais depuis le site Web de l'AIIAO à l'adresse [RNAO.ca/bpg](https://www.RNAO.ca/bpg). Pour trouver une ligne directrice en particulier, faire une recherche par mot clé ou par sujet.

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et avoir des renseignements sur la façon dont vous l'avez mis en œuvre. Merci de nous faire part de votre expérience par courriel à l'adresse RNAO.ca/contact. Une analyse globale des lignes directrices sur les pratiques exemplaires publiées par l'AIIAO depuis une vingtaine d'années se trouve dans : Grinspun D., Bajnok I., éditrices. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation* Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. Consultable à l'adresse <https://www.sigmamarketplace.org/transforming-nursing-through-knowledge.html>

* Dans le présent document, les termes en caractères gras suivis de la lettre G en exposant (^G) sont définis dans le **glossaire (annexe A)**. Certaines considérations importantes à la compréhension de la terminologie utilisée dans la présente ligne directrice sont présentées dans les pages suivantes.

Remarque sur la terminologie et le langage

L'utilisation de la terminologie dans la présente LDPE est d'une importance capitale. La terminologie et le langage appropriés véhiculent des significations qui constituent une affirmation et une autonomisation des personnes et des communautés LGBTQI2+, tandis que les mots et le langage impropres et insultants favorisent et perpétuent la discrimination, l'oppression et les dynamiques de pouvoir négatives (1). Les pratiques fondées sur les données probantes comprennent l'utilisation d'une approche inclusive et **affirmative**^G, ainsi que l'utilisation de la terminologie appropriée convenant aux communautés LGBTQI2+ et à leurs membres. Toutefois, il est également important de reconnaître que la terminologie et le langage à privilégier lorsqu'il est question des personnes et des communautés LGBTQI2+ changent et évoluent. La terminologie et le langage utilisés dans la présente ligne directrice sont donc représentatifs du contexte historique pendant lequel elle a été élaborée.

Le sigle LGBTQI2+ désigne les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, allosexuelles (ou queers) ou intersexuées. Le + est destiné à inclure d'autres personnes qui se décrivent comme appartenant à une minorité sexuelle ou de genre, ce qui comprend (entre autres) : les personnes **asexuelles**^G, **non-binaires**^G, **pansexuelles**^G ou **en questionnement**^G (qui s'interrogent quant à leur **orientation sexuelle**^G, à leur **identité de genre**^G ou à leur **expression de genre**^G). Le sigle représente un groupe diversifié de personnes ayant certaines particularités en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre et d'expression de genre. En évoluant au fil du temps, le sigle reflète de nouvelles identités. Toute version du sigle LGBTQI2+ reflète des histoires d'oppression et de privilège, d'effacement ainsi que de violence à l'encontre des personnes appartenant à ces communautés (1). L'invisibilité historique, ou l'effacement de certains éléments du sigle sont les résultats du **colonialisme**^G, du racisme, de la transphobie, de la misogynie et de la biphobie (1). Étant donné qu'il existe de nombreux sigles, l'utilisation du sigle qui reflète les communautés desservies de la manière la plus inclusive est considérée comme une pratique exemplaire (1). Le sigle LGBTQI2+ utilisé dans le présent document a été choisi par le comité d'experts afin de rendre compte de la profonde diversité des communautés de la diversité sexuelle et de genre au Canada et dans le monde. Le 2 désigne les personnes bispirituelles (la version anglaise du sigle, 2SLGBTQI+, met 2S en position initiale pour rendre hommage à ces personnes et leur donner plus de visibilité).

Remarque : Tout au long de la présente LDPE, le sigle LGBTQI2+ peut être raccourci afin de refléter les populations dont il est précisément question dans la documentation ou afin de reprendre le sigle utilisé dans une étude en particulier. Par exemple, LGBT peut être utilisé dans la représentation des lesbiennes, des gais, des personnes bisexuelles et des personnes trans, ou femmes LB peut être utilisé pour désigner des lesbiennes et des femmes bisexuelles.

Les identités représentées par le sigle n'existent pas de manière isolée, et les membres de la communauté LGBTQI2+ peuvent également appartenir simultanément à d'autres groupes. Ces appartenances entrecroisées constituent une particularité, par exemple, ces personnes peuvent se décrire comme personnes autochtones, **noires et de couleur (PANDC)**^G. (Le sigle PANDC est utilisé dans la présente ligne directrice car il reconnaît les expériences de racisme historique et systémique que doivent surmonter les personnes autochtones, noires et de couleur [2].) Certains membres de la communauté LGBTQI2+ sont parfois atteints d'incapacités. **L'incapacité**^G (ou **handicap**) est un terme général qui englobe les déficiences physiques ou intellectuelles, les limitations fonctionnelles et les restrictions en matière de participation (3). L'expérience de l'incapacité résulte de l'interaction entre les personnes atteintes d'un problème de santé et les facteurs personnels et environnementaux. Ces facteurs comprennent les transports et les bâtiments publics qui ne sont pas accessibles, un soutien social limité et des attitudes négatives ou une discrimination appelée « le capacitisme », qui conduisent à une marginalisation systémique et à des obstacles structurels (4, 5).

Il est essentiel de comprendre les différences entre l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre pour bien interpréter le présent document.

- **L'orientation sexuelle** décrit l'attraction physique, amoureuse, émotionnelle et/ou spirituelle d'une personne envers les autres et peut inclure le fait d'être lesbienne, gai, hétérosexuel, bisexuel, pansexuel ou asexuel. Il faut s'abstenir de déterminer quelle est l'orientation sexuelle d'une personne en se basant sur le sexe perçu du ou des partenaires de cette personne (6).

- **L'identité de genre** est l'expérience interne et individuelle du genre propre à chaque personne. Elle est leur sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou quelque part dans le spectre du genre. L'identité de genre d'une personne peut être identique ou différente de son sexe **assigné à la naissance**^G. L'identité de genre est fondamentalement différente de l'orientation sexuelle d'une personne (7).
- **L'expression de genre** est la façon dont une personne présente publiquement son genre. Le genre peut être exprimé par le comportement et l'apparence, comme la tenue vestimentaire, la coiffure, le maquillage, le langage corporel et la voix. Le nom et le pronom choisis par une personne sont également des moyens courants d'exprimer le genre (7). En tant que tel, l'utilisation des bons pronoms est d'une importance capitale et constitue un moyen de faire preuve de respect et de préserver la dignité de toutes les personnes.

Ces identités ne sont pas statiques et peuvent évoluer au fil du temps. Certaines personnes utilisent le terme **au genre fluide**^G pour décrire leur identité de genre. Une personne au genre fluide peut se décrire au moyen de l'un ou l'autre des termes le long du spectre du genre (8). Cette fluidité peut également se produire sur des périodes de temps plus ou moins longues, telles que des mois ou des années. L'orientation sexuelle peut également varier avec le temps.

D'autres termes essentiels à la compréhension de la présente LDPE comprennent les suivants :

- **Trans** est un terme général désignant les personnes ayant des identités de genre et des expressions de genre diverses qui diffèrent des normes sexistes stéréotypées. Il inclut, sans s'y limiter, les personnes qui se décrivent comme des personnes transgenres, femmes trans (d'homme à femme), hommes trans (de femme à homme), transsexuels, travestis, non conformes au genre, de genre variant, allosexuels ou queer (7). Le terme trans désigne un état de non-concordance entre l'identité de genre d'une personne et le sexe qui lui a été assigné à la naissance. Trans peut signifier le fait d'aller au-delà, d'exister entre deux états ou de traverser le spectre du genre (9, 10).
- **Bispirituel** désigne une personne qui se décrit comme ayant un esprit à la fois masculin et féminin; il est utilisé par certains peuples autochtones pour décrire leur identité sexuelle, de genre et/ou spirituelle (11). La notion d'une identité de genre dite bispirituelle (présente avant l'arrivée des **colons**^G et de la colonisation) serait commune à la plupart, sinon à la totalité des premiers peuples de l'île de la Tortue (Amérique du Nord). Ce rôle de genre avait une place importante dans les sociétés autochtones et n'était pas basé sur des activités ou des pratiques sexuelles, mais plutôt sur le caractère sacré qui découle du fait d'être différent des autres. Plusieurs définitions et compréhensions propres à chaque nation existent (par exemple, navajo, crie, dénée, ojibwée), et chaque personne a sa propre façon d'exprimer sa bispiritualité. Tous les Autochtones ne se décrivent pas comme bispirituels et ont d'autres moyens et termes pour exprimer leur identité de genre ou orientation sexuelle (12).

Pour en savoir plus sur la terminologie utilisée dans la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires, veuillez vous reporter au **glossaire (annexe A)**. Veuillez noter que la terminologie varie au fil des années et selon le contexte culturel. Il est important d'utiliser un langage respectueux conforme au lieu, au contexte historique et aux préférences et valeurs des personnes.

Objet et champ d'application

Objet

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents élaborés de façon systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations sur des sujets cliniques précis, sur la promotion d'un environnement de travail sain et sur des composantes du système de santé. Elles s'adressent au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle occupant des postes en soins directs, au personnel enseignant, administratif et de direction, aux décideurs politiques, aux chercheuses et chercheurs et aux personnes expérimentées travaillant dans les services de santé et les établissements d'enseignement. Les LDPE contribuent à promouvoir la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques administratives, des procédures et de l'enseignement afin que le système de santé puisse fournir les meilleurs soins qui soient aux personnes et aux collectivités.

L'objet de la présente LDPE est d'offrir au personnel infirmier et aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle des recommandations fondées sur des données probantes en matière de pratiques de soins fondamentales et inclusives à l'intention des membres de la communauté LGBTQI2+. La présente LDPE convient également à une utilisation visant à améliorer la sécurité des organisations de services de santé et des établissements d'enseignement grâce à l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes. Des milieux sûrs et inclusifs permettent au personnel infirmier et aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle d'offrir les meilleurs résultats possible en matière de santé aux personnes qui reçoivent les soins.

En juillet 2018, l'AIIAO a formé un comité d'experts chargé de déterminer le champ d'application de la présente LDPE et d'élaborer des **questions de recommandation**^G pour éclairer leur **revue systématique**^G. Le comité d'experts, interprofessionnel dans sa composition, était composé de personnes expérimentées qui occupaient des postes en pratique clinique, en enseignement, en recherche et en militantisme au sein d'organisations de services de santé, d'établissements d'enseignement supérieur et de différents domaines et secteurs de pratique. Ces experts ont fait part de leurs points de vue sur le soutien et les soins aux membres de la communauté LGBTQI2+ dans le continuum des soins (par exemple, les soins actifs, les soins de longue durée, la réadaptation, les soins primaires et les soins de santé communautaires).

Le comité d'experts et l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont mené un examen et une analyse approfondis pour déterminer le champ d'application de cette LDPE et formuler des questions de recommandation (voir l'**annexe F**).

Champ d'application

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a établi le champ d'application de cette LDPE en empruntant les étapes suivantes :

- analyse du contexte des lignes directrices actuelles portant sur cet enjeu;
- revue de la littérature afin de déterminer les données probantes sur les études d'intervention portant sur la prestation de soins aux membres de la communauté LGBTQI2+;
- entretiens avec 14 intervenants clés, parmi lesquels figurent des **fournisseurs de soins de santé**^G, du personnel d'administration et d'enseignement, des militantes et militants ainsi que des chercheuses et chercheurs;
- tenue de groupes de discussion avec des fournisseurs de soins de santé, du personnel d'administration, des militantes et militants ainsi que des chercheuses et chercheurs;
- consultations avec le comité d'experts.

La LDPE aborde les pratiques fondamentales de soins inclusifs, la prévention et la prise en charge des affections chroniques, la promotion de la santé et les soins de santé à l'intention des membres de la communauté LGBTQI2+. La présente LDPE s'adresse au personnel infirmier et aux membres de l'équipe interprofessionnelle dans tout le continuum des soins (soins actifs,

soins de longue durée, réadaptation, soins primaires et soins de santé communautaire) et dans tous les domaines de pratique (clinique, recherche, enseignement, politique et administration). Elle s'adresse également aux organisations qui emploient du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle, notamment des organisations de services de santé et des établissements d'enseignement. Plus précisément, la présente LDPE aborde les points ci-dessous :

- des **stratégies de communication**^G pour promouvoir l'inclusion au sein des organisations de services de santé;
- la création d'espaces sécurisés dans les organisations de services de santé et les établissements scolaires;
- la promotion de l'accès au **dépistage**^G des troubles de santé;
- des interventions de groupe en matière de promotion de la santé et de la prise en charge des maladies chroniques;
- La formation à la santé des membres de la communauté LGBTQI2+ pour les étudiants s'orientant vers les professions de la santé et les fournisseurs de soins de santé;
- les stratégies et les outils de mise en œuvre;
- les critères d'évaluation liés aux recommandations;
- les possibilités de recherche futures et les lacunes dans les données publiées évaluées par des pairs.

Sujets ne relevant pas du champ d'application de la présente ligne directrice

Les soins et les sujets suivants ne relèvent pas du champ d'application de la LDPE :

- les traitements pharmacologiques, y compris la prise d'hormones;
- les interventions chirurgicales et les soins post-opératoires en phase aiguë dans le cas des **chirurgies liées à la transition**^G.

Veuillez consulter l'**annexe E** pour des ressources d'appui relatives à ces domaines de soins.

Questions de recommandation

Les questions de recommandation portent sur des domaines de soins prioritaires, comme définis par le comité d'experts. Pour répondre à ces questions, il faut procéder à une synthèse des données. Elles éclairent les **questions de recherche sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats (PICR)**^G qui orientent les revues systématiques de la littérature et, par la suite, les recommandations. Voici les questions de recommandation prioritaires et les recommandations du comité d'experts de l'AIIAO qui ont servi de base à l'élaboration de cette LDPE.

- **Question de recommandation n° 1** : Quelles sont les stratégies de communication à recommander pour améliorer les soins qui sont prodigués aux membres de la communauté LGBTQI2+?
Résultats : **Bien-être**^G et **sécurité**^G de la personne.
- **Question de recommandation n° 2** : Faut-il recommander la création d'**espaces sûrs**^G dans les organisations de services de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?
Résultats : Expérience de la personne, sécurité de la personne, retour des personnes, **diversité des représentations**^G de la personne et des fournisseurs de soins de santé.

* **Remarque** : Cette question de recommandation visait également les données publiées dans des établissements scolaires. Le personnel infirmier hygiéniste exerce parfois dans des établissements scolaires. Face au manque criant d'études dans les milieux traditionnels de santé, les critères d'inclusion ont été élargi pour inclure les établissements scolaires.

- **Question de recommandation n° 3 :** Faut-il recommander la promotion du dépistage des risques par les fournisseurs de soins de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?
Résultats : Nombre de personnes qui ont accès au dépistage, au niveau de traitement et au soutien.
- **Question de recommandation n° 4 :** Faut-il recommander des **interventions cliniques de groupe**^G ciblant des troubles de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?
Résultats : Santé mentale, **soutien social**^G, et **auto-gestion**^G.
- **Question de recommandation n° 5 :** Faut-il recommander des **interventions de groupe**^G pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?
Résultats : Expérience personnelle, soutien social et autogestion.
- **Question de recommandation n° 6 :** Faut-il intégrer du contenu en matière de santé relatif aux membres de la communauté LGBTQI2+ dans la formation professionnelle de l'effectif étudiant qui s'oriente vers des professions de la santé?
Résultats : Expérience, connaissance et compétences de l'effectif étudiant.
- **Question de recommandation n° 7 :** Faut-il recommander une **formation continue**^G pour les fournisseurs de soins de santé afin d'améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?
Résultats : Connaissances, attitude, aisance et/ou confiance du fournisseur de soins de santé.

Remarque : Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des questions de recherche sur la PICR que le comité d'experts a formulées pour orienter les revues systématiques de la littérature et préparer cette LDPE. Pour en savoir plus sur les questions de recommandation sur la PICR et le détail du processus par lequel le comité d'experts a déterminé les questions et les résultats des recommandations prioritaires, voir l'**annexe F**.

Énoncé de pratiques exemplaires et recommandations

Les recommandations de la présente LDPE offrent au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle une orientation quant à l'amélioration des soins aux personnes qui se décrivent comme membres de la communauté LGBTQI2+. La nécessité d'une formation théorique et pratique complète de l'effectif étudiant s'orientant vers les professions de la santé et des fournisseurs de soins de santé est également abordée dans les recommandations, ainsi que la nécessité de créer des espaces sécurisés et inclusifs dans les établissements de services de santé et scolaires.

Dans la présente LDPE, le comité d'experts n'a pas formulé de questions de recommandation portant sur la nécessité de réaliser une évaluation initiale des facteurs de risque de maladies chroniques et autres problèmes de santé. Toutefois, le comité d'experts a considéré que cette question constitue un domaine important qui permet de mieux comprendre le contexte des questions et recommandations prioritaires élaborées par la suite. Veuillez consulter l'énoncé de pratiques exemplaires d'évaluation à la page 66 que le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent appliquer dans leur pratique. Les énoncés de pratiques exemplaires sont considérés comme étant si bénéfiques qu'il serait peu judicieux de procéder à une revue systématique de la littérature pour prouver leur efficacité. Les énoncés obtenus ne sont pas fondés sur une revue systématique, et le degré de certitude ou de fiabilité des données sur lesquelles ils s'appuient ou leur force (conditionnelle ou forte) n'a pas fait l'objet d'une évaluation (13).

Textes fondamentaux conformes à la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Au Canada et dans le monde, les membres de la communauté LGBTQI2+ sont parfois victimes de différentes iniquités en matière de santé (14, 15). Plusieurs facteurs contribuent à ces iniquités en matière de santé, notamment la discrimination et la stigmatisation (15). Les iniquités en matière de santé sont vécues de manière différente par les membres de la communauté LGBTQI2+ et sont exacerbées en présence d'une **intersectionnalité**^G et d'autres déterminants de la santé (à savoir l'âge, le revenu, les incapacités, l'origine ethnique et la race) qui s'entrecroisent avec l'identité de genre, l'expression de genre et l'orientation sexuelle (14). Le comité d'experts a déterminé que le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle de soins devraient avoir une bonne compréhension de la **stigmatisation**^G, de la discrimination et des iniquités en matière de santé intersectionnelles vécues par les membres de la communauté LGBTQI2+ avant toute mise en œuvre des recommandations de la LDPE.

Voir l'**annexe C** pour des textes fondamentaux sur les sujets ci-dessous :

- les iniquités en matière de santé dont souffrent les membres de la communauté LGBTQI2+;
- les droits de la personne;
- la vérité et la réconciliation.

La section du **Contexte général** de la présente LDPE aborde les thèmes suivants : **anti-oppression**^G, **intersectionnalité**^G et **réconciliation**^G.

LDPE de l'AIIAO et autres ressources qui cadrent avec la présente LDPE

D'autres LDPE de l'AIIAO appuient la mise en application de cette LDPE. Voir l'**annexe D** pour connaître les LDPE de l'AIIAO sur les sujets connexes suivants :

- les interventions en situation de crise;
- le dialogue avec les clients qui utilisent des substances;
- la science de la mise en œuvre, les cadres de mise en œuvre et les ressources;
- la collaboration interprofessionnelle;
- l'intégration des interventions anti-tabagiques à la pratique quotidienne;
- le leadership en soins infirmiers;
- les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille;
- la formation sur les pratiques en sciences infirmières;
- la prévention et la prise en charge des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés;
- l'autogestion;
- les déterminants sociaux de la santé.

Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration des lignes directrices, les revues systématiques et la stratégie de recherche de la présente LDPE, voir l'**annexe F**.

Interprétation des données et énoncés de recommandations

Les LDPE de l'AIIAO sont élaborés selon les méthodes **GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation])^G** et **CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research [Degré de fiabilité des données recueillies lors de la revue des études qualitatives])^G**. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la ligne directrice et sur les méthodes GRADE et GRADE-CERQual, voir l'**annexe F**.

Degré de certitude des données

En recherche quantitative, le degré de certitude des données (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (16). L'évaluation du degré de certitude des données est effectuée après avoir fait la synthèse des données relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude des données est établi en tenant compte du degré de certitude des données relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. La méthode GRADE permet de classer le degré global de certitude des données selon qu'il est *élevé, moyen, faible* ou *très faible* (voir le **tableau 1** pour la définition des différentes catégories).

Tableau 1 : Degré de certitude des données

DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est élevé.
Modéré	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est moyen et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est faible et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Tiré de : « The GRADE Working Group. Quality of evidence ». Dans : Schunemann H., Brozek J., Guyatt G., et coll., éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [Internet]. [lieu inconnu; maison d'édition inconnue]; 2013 [consulté le 31 août 2018]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur la page Web : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.
Reproduction autorisée.

Degré de fiabilité des données

En **recherche qualitative^G**, le degré de fiabilité des données (la mesure dans laquelle les résultats de la revue de la littérature constituent une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié) est établi au moyen des méthodes GRADE-CERQual (ci-après dénommées CERQual) (17). Pour ce qui est des données qualitatives, on évalue globalement le degré de confiance attribué à chaque résultat par rapport à chaque recommandation, le cas échéant. Le CERQual classe le degré de fiabilité des données comme étant *élevé, moyen, faible* ou *très faible*. Voir le **tableau 2** pour les définitions de ces catégories.

Tableau 2 : Degré de fiabilité des données

DEGRÉ DE FIABILITÉ DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Il est fort probable que le résultat soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Moyen	Il est moyennement probable que le résultat soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Faible	Il est possible que le résultat de la revue de la littérature soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Très faible	Il est difficile de savoir si le résultat de la revue de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.

Source : Tiré de : Lewin S., Booth A., Glenton C., et coll. « Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series ». *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):1-10. Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach; p. 6. Reproduction autorisée.

Remarque : Le degré de certitude et/ou de fiabilité attribué aux données figure au-dessous de chaque énoncé de recommandation. Pour en savoir plus sur le processus de détermination du degré de certitude et/ou de fiabilité attribué aux données et sur les décisions documentées prises par les méthodologues chargées de l'élaboration de cette ligne directrice de l'AIIAO, voir l' **annexe F**.

Force des recommandations :

Les recommandations peuvent être qualifiées de *fortes* ou de *conditionnelles* selon le degré de *certitude* et/ou de *fiabilité* associé aux différentes études et selon les critères de base suivants (voir la section **Discussion sur les données** ci-dessous, pour les définitions) :

- l'équilibre entre les avantages et les inconvénients;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Selon Schunemann et coll., une recommandation forte indique que le comité d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte pour l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte contre l'intervention) (16). En revanche, une recommandation conditionnelle indique que le comité d'experts pense que les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention), bien qu'il existe une certaine incertitude (16). Le **tableau 3** présente les implications des recommandations fortes et conditionnelles.

Tableau 3 : Implications des recommandations fortes et conditionnelles

GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
À l'intention des fournisseurs de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les avantages d'une intervention recommandée l'emportent sur les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la plupart des personnes. ■ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient peu. ■ Il faut tenir compte de la situation, des préférences et des valeurs de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les avantages de la recommandation sont probablement plus importants que les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à certaines personnes. ■ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient davantage, ou bien il y a une incertitude quant à leurs valeurs et préférences générales. ■ Il faut examiner plus attentivement que d'habitude la situation, les préférences et les valeurs de la personne.
À l'intention des personnes recevant des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ La plupart des personnes souhaiteraient appliquer la recommandation et un petit nombre de personnes ne le voudraient pas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La plupart des personnes dans cette situation voudraient appliquer la recommandation, mais bon nombre de personnes ne le voudraient pas.
À l'intention des décideurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ La recommandation peut être adaptée sous forme de politique dans la plupart des situations. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un débat approfondi et la participation de nombreux intervenants seront nécessaires à l'élaboration des politiques. Les politiques sont également plus susceptibles de comporter des différences d'une région à l'autre.

Source : Adaptation de : The GRADE Working Group. « Quality of evidence ». Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, *et coll.*, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu; maison d'édition inconnue], 2013 [consulté le 11 mai 2020]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfivfhuxv4r>.

Remarque : La force de chaque énoncé de recommandation est indiquée en dessous ainsi que dans le tableau intitulé **Résumé des recommandations**. Pour en savoir plus sur le processus adopté par le comité d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, veuillez consulter l'**annexe F**.

Discussion sur les données

La discussion sur les données qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

1. **Avantages et inconvénients :** Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée comme décrits dans la littérature. Le contenu de cette section ne contient que les études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature.
2. **Valeurs et préférences :** L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé comme définie par le suivi d'une intervention clinique particulière dans une perspective centrée sur la personne. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature et, le cas échéant, des observations et/ou des considérations du comité d'experts.

3. **Équité dans l'accès aux soins :** L'incidence que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations ou différents établissements et/ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Lacunes des recherches sur les populations LGBTQI2+. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature et, le cas échéant, des observations et/ou des considérations du comité d'experts.
4. **Conclusions du comité d'experts :** Une justification de la raison pour laquelle le comité d'experts a pris la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle.
5. **Notes de pratique :** Renseignements pratiques à l'intention du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle. Cette section peut comprendre des données probantes tirées de la revue systématique de la littérature et/ou d'autres sources (p. ex., le comité d'experts).
6. **Ressources justificatives :** Ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Le contenu figurant dans cette section a été évalué selon cinq critères : accessibilité, crédibilité, qualité, pertinence et actualité de la publication (publication au cours des dix dernières années). Pour en savoir plus sur ce processus et les cinq critères, voir l'**annexe F**. La liste n'est pas exhaustive et l'ajout d'une ressource à l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle est approuvée par l'AIIO. Il se peut qu'une recommandation ne soit appuyée par aucune ressource justificative connue.



Résumé des recommandations

RECOMMANDATIONS	FORCE DE LA RECOMMANDATION
Communication inclusive	
<p>Recommandation 1.0 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'utiliser un langage inclusif du point de vue des membres de la communauté LGBTQI2+ et une approche de l'anamnèse centrée sur la personne, et d'assurer le respect de la vie privée et la confidentialité pendant les interactions avec toutes les personnes, afin d'être inclusif pour les membres de la communauté LGBTQI2+.</p>	Forte
<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en place des formulaires, des documents et une signalisation inclusifs des personnes de la communauté LGBTQI2+.</p>	Forte
Espaces sécurisés	
<p>Recommandation 2.0 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé la création d'espaces sécurisés pour les membres de la communauté LGBTQI2+ grâce à une approche à plusieurs composantes.</p>	Forte
<p>Recommandation 2.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux écoles la création d'espaces sécurisés pour les élèves, notamment des alliances des genres et de la sexualité (AGS).</p>	Forte
Évaluation des risques et dépistage	
<p>Énoncé de pratique exemplaire :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'effectuer une évaluation des personnes appartenant à la communauté LGBTQI2+ afin de détecter les facteurs qui pourraient les exposer à un risque accru de problèmes de santé particuliers. Les fournisseurs de soins de santé doivent suivre les directives de dépistage établies, selon les disponibilités et en fonction de l'anatomie actuelle de la personne.</p>	Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE.
<p>Recommandation 3.0 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins santé de veiller au bien-être et à la sécurité des femmes lesbiennes et bisexuelles et des personnes transgenres et non binaires lors du dépistage du cancer du col de l'utérus.</p>	Forte

RECOMMANDATIONS	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<p>Recommandation 3.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de promouvoir l'accès au dépistage du VIH et des ITSS pour les membres de la communauté LGBTQI2+ en collaboration avec les partenaires communautaires LGBTQI2+ par les moyens suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ campagnes médiatiques et/ou ■ activités de sensibilisation 	Conditionnelle
<p>Interventions en groupe</p>	
<p>Recommandation 4.0 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en place des groupes cliniques spécialisés LGBTQI2+ pour la promotion de la santé et la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.</p>	Conditionnelle
<p>Recommandation 4.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en œuvre des interventions de groupe pour les membres de la communauté LGBTQI2+ qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé. Ces interventions de groupe doivent être inclusives et faciliter l'accès aux membres de la communauté LGBTQI2+ mal desservies, notamment : Les personnes bispirituelles, noires, autochtones et de couleur, les personnes âgées, les jeunes, les migrants et les personnes handicapées.</p>	Forte
<p>Formation dans les établissements universitaires et les organisations de services de santé</p>	
<p>Recommandation 5.0 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux établissements universitaires d'intégrer un contenu de santé sur la communauté LGBTQI2+ selon une approche affirmative dans les programmes d'études de tous les étudiants s'orientant vers les professions de la santé.</p>	Forte
<p>Recommandation 5.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de proposer à tous les fournisseurs de soins de santé une formation continue sur la communauté LGBTQI2+ faisant appel à une approche affirmative.</p>	Forte

Évaluation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Lorsque vous mettez en pratique les recommandations de cette LDPE, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez suivre et évaluer son application et ses effets.

Le modèle de Donabedian permet d'orienter l'élaboration d'indicateurs servant à évaluer la qualité des soins de santé. Il comprend trois catégories : la structure, le processus et le résultat (18).

- La **structure** décrit les caractéristiques du système de santé ou de l'organisation des services de santé qui sont nécessaires pour assurer la qualité des soins. Elle comprend les ressources physiques, humaines, financières et de l'information.
- Le **processus** consiste à examiner les soins de santé fournis aux personnes ou aux populations afin d'en évaluer la qualité.
- Les **résultats** permettent d'analyser l'effet de la qualité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations, du personnel de santé, des organisations de services de santé ou des systèmes de santé (18).

Pour en savoir plus, voir la trousse d'outils *Leading Change*^{MC} de l'AIIAO, en partenariat avec Excellence en santé Canada (ESC).

Les indicateurs suivants ont été élaborés afin de soutenir l'évaluation et l'amélioration de la qualité. Les **tableaux 4, 5 et 6** offrent une liste d'indicateurs de structure, de processus et de résultats avec lesquels il est possible d'évaluer les effets de la mise en pratique des LDPE et qui sont dérivés des recommandations des LDPE. Chaque tableau indique également si l'indicateur s'aligne sur d'autres indicateurs dans des référentiels de données et/ou instruments externes. La conformité avec les référentiels/instruments de données est déterminé en comparant les critères suivants avec les indicateurs : la définition d'usage; si l'indicateur tient compte de la spécificité des soins infirmiers; et les critères d'inclusion/exclusion. En fonction du niveau de conformité, un indicateur peut être décrit comme ayant un conformité complète, partielle ou nulle avec des référentiels/instruments de données externes.

Les indicateurs suivants contribueront à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation. Sélectionnez les indicateurs les plus pertinents du point de vue des changements à apporter à la pratique, à la formation et/ou à la politique sur la base des recommandations des LDPE qui sont prioritaires pour les besoins de la mise en pratique.

Le **tableau 4** offrent des indicateurs de structure associés à des énoncés de recommandation qui sont liés aux ressources humaines, aux recommandations en matière de formation et/ou à d'autres facteurs organisationnels.

Tableau 4 : Indicateur de structure

RECOMMANDATION	INDICATEUR DE STRUCTURE :	INDICATEURS DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
5.0	<p>Pourcentage d'étudiants s'orientant vers les professions de la santé qui ont reçu une formation comportant des contenus de santé sur la communauté LGBTQI2+ selon une approche affirmative au collégial ou à l'université.</p> <p><i>Numérateur : Nombre d'étudiants s'orientant vers les professions de la santé qui ont reçu une formation comportant des contenus de santé sur la communauté LGBTQI2+ selon une approche affirmative au collégial ou à l'université.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total d'étudiants des professions de la santé.</i></p>	Nouveaux
5.1	<p>Pourcentage de fournisseurs de soins de santé ayant reçu une formation continue sur des contenus de santé sur la communauté LGBTQI2+ selon une approche affirmative*.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de fournisseurs de soins de santé ayant reçu une formation continue sur des contenus de santé sur la communauté LGBTQI2+ selon une approche affirmative</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de fournisseurs de soins de santé.</i></p>	Nouveaux

Le **tableau 5** soutient l'évaluation des changements dans les pratiques durant leur mise en pratique. Les mesures sont directement associées aux énoncés des recommandations et soutiennent l'amélioration du processus.

Tableau 5 : Indicateurs de processus

RECOMMANDATION	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
1.0	<p>Pourcentage de personnes ayant déclaré que des stratégies de communication inclusives étaient utilisées par les fournisseurs de soins de santé*.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant déclaré que des stratégies de communication inclusive étaient utilisées par les fournisseurs de soins de santé.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins.</i></p>	Nouveaux
Énoncé de pratique exemplaire	<p>Pourcentage de membres de la communauté LGBTQI2+ ayant bénéficié d'une évaluation des facteurs de risque accrus relativement à des affections particulières.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de membres de la communauté LGBTQI2+ ayant bénéficié d'une évaluation des facteurs de risque accrus relativement à des affections particulières.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de membres de la communauté LGBTQI2+ ayant reçu des soins.</i></p>	Nouveaux
4.1	<p>Pourcentage de membres de la communauté LGBTQI2+ ayant bénéficié d'interventions de groupe axées sur les déterminants sociaux de la santé.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de membres de la communauté LGBTQI2+ ayant bénéficié d'interventions de groupe axées sur les déterminants sociaux de la santé.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de membres de la communauté LGBTQI2+ qui ont été aiguillés vers des interventions de groupe ou qui se sont portés volontaires pour y participer.</i></p>	Nouveaux

Le **tableau 6** présente les indicateurs de résultats servant à évaluer les effets de la mise en pratique des LDPE.

Tableau 6 : Indicateurs de résultats

INDICATEURS DE RÉSULTATS	INDICATEURS DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Taux de plaintes des personnes LGBTQI2+ en matière de sécurité par 1 000 journées de soins/visites de soins*:</p> <p><i>Numérateur : Nombre de plaintes reçues de membres de la communauté LGBTQI2+ en matière de sécurité parmi ceux qui ont reçu des soins.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de journées de soins/visites de soins prodigués aux membres de la communauté LGBTQI2+ ayant reçu des soins pendant la période de mesure.</i></p>	<p>Conformité partielle à Santé Ontario</p>
<p>Pourcentage de membres de la communauté LGBTQI2+ qui déclarent avoir un sentiment d'appartenance à la communauté jugé assez fort ou très fort.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de membres de la communauté LGBTQI2+ qui déclarent avoir un sentiment d'appartenance à la communauté jugé assez fort ou très fort.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de membres de la communauté LGBTQI2+.</i></p>	<p>Conformité complète à l'Agence de la santé publique du Canada</p>
<p>Pourcentage de femmes lesbiennes, bisexuelles (LB) et/ou de personnes transgenres et/ou non binaires qui ont déclaré se sentir en sécurité lors du dépistage du cancer du col de l'utérus*.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de femmes LB et/ou de personnes transgenres et/ou non binaires qui ont déclaré se sentir en sécurité lors du dépistage du cancer du col de l'utérus.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de femmes LB et/ou de personnes transgenres et/ou non binaires ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus.</i></p>	<p>Nouveaux</p>

* Les Best Practice Spotlight Organizations^{MD} (OVPE^{MD}) [organisations vedettes des pratiques exemplaires (OVPE)] peuvent utiliser ces indicateurs pour mesurer les effets de la mise en application des LDPE par l'entremise du système de données Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation^{MD} [indicateurs de qualité en soins infirmiers pour le signalement des constatations et l'évaluation] (NQuIRE^{MD}). Pour les indicateurs restants, il reste à élaborer des pratiques d'information en matière de saisie de renseignements relatifs à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre pour soutenir l'évaluation.

D'autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation^{MD} [indicateurs de qualité en soins infirmiers pour le signalement des constatations et l'évaluation](NQuIRE^{MD}) : système unique de données en soins infirmiers hébergé par l'International Affairs and Best Practice Guideline Centre [le centre des affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires] qui permet aux Best Practice Spotlight Organizations^{MD} (OVPE^{MD}) [organisations vedettes des pratiques exemplaires (OVPE)] de mesurer les effets de la mise en application des LDPE. Le système de données NQuIRE recueille, compare et présente des données sur les indicateurs de structure liés aux ressources humaines ainsi que sur les indicateurs de structure, de processus et de résultats tenant compte des spécificités des soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des mesures de rendement existantes, lorsque c'est possible, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres systèmes de mesure du rendement nouveaux ou existants, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas aux fournisseurs de soins appropriés et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système international de données NQuIRE vise à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes, à renforcer la sécurité des patients, à améliorer les résultats chez les patients et à inciter le personnel à faire ressortir les liens entre la pratique et les résultats afin d'améliorer la qualité des soins et de préconiser les ressources et les politiques qui favorisent les changements en faveur des pratiques exemplaires (20). Pour en savoir plus, [voir www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire).
- BPG Order Sets^{MC} [Modèles d'ordonnance en soins infirmiers]. Intégrés aux dossiers électroniques, ces modèles fournissent un mécanisme de saisie électronique des données provenant des mesures liées au processus et aux résultats. La capacité de lier les mesures relatives à la structure et au processus à des mesures particulières de résultats chez les clients aide à déterminer les effets de la mise en application de la LDPE sur des résultats précis en matière de santé. Pour en savoir plus, voir la page Web <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire>.

Équipe de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIAO

Amy Burt, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.

Responsable de l'élaboration de la ligne directrice
Méthodologue de l'élaboration de la ligne directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Deborah Flores, inf. aut., B.Sc.Inf., CSO(C), M. Sc. inf.

Responsable de l'élaboration de la ligne directrice
Méthodologue de l'élaboration de la ligne directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Glynis Gittens, B.A. (hon.)

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Nafsin Nizum, inf. aut., maîtrise en soins infirmiers.

Responsable principale, Recherche et élaboration des lignes directrices
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Megan Bamford, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.inf.

Ex-directrice associée, Élaboration et évaluation des lignes directrices (juillet 2018- sept 2020)
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Zainab Lulat, inf. aut., M. Sc. inf.

Ex-méthodologue, Élaboration des lignes directrices (juillet 2018- juillet 2019)
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Verity White, B.Sc.

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice (de septembre 2019 à juillet 2020)
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Stephanie Voong, inf. aut., MHI

Directrice principale, Amélioration de la qualité et des ensembles de modèles d'ordonnances des LDPE
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Christina Medeiros, inf. aut., B.Sc.Inf., baccalauréat en éducation physique et en éducation de la santé, B.Ed., M. Sc. inf., candidate au doctorat

Responsable principale, évaluation et suivi
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Shanoja Naik, Ph. D., MPhil, M.Sc., B.Ed., B.Sc.

Spécialiste des données/statisticienne, Recherche sur les résultats en matière de santé, NQuIRE
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Beverly Faubert, inf. aut., B.Sc.Inf., CSIG(C), ICSP(C), CSPSM(C)

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Programme des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Ruthanne Lobb inf. aut., CCMP, CIPP/C

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Programme des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Lee Mantini inf. aut., M.Sc.inf.

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée

Programme des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Susan McRae inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.inf.

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée

Programme des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A.(Ed.)

Directrice

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), DHC, FAAN, Ordre de l'Ontario

Directrice générale,

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Remerciements :

L'examen externe a été effectué par :

Nancy Santesso, Dt.P., M. Bibl., Ph. D.

Professeure adjointe

Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, Université McMaster

Directrice adjointe, Cochrane Canada

La recherche systématique a été effectuée par :

UHN HealthSearch

Comité d'experts des lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIAO

Sheena Howard, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A.

Coprésidente du comité d'experts

Psychothérapeute et infirmière en soins primaires
Ancienne présidente de Primary Care Nurses of Ontario (2019)
Peterborough (Ontario)

Elizabeth M. Saewyc, Ph. D., inf. aut., FSAHM, MACSS, FAAN, FCAN

Coprésidente du comité d'experts

Professeure et directrice, École des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique
Directrice générale, Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre (SARAVYC)
Vancouver (Colombie-Britannique)

Colette Cameron, inf. aut., B.A. (spéc.), M.T.S.

Directrice générale, Re kai Centre de Sherbourne Place
Toronto (Ontario)

Laura Ferreira-Legere, inf. aut., M.Sc.inf.

Toronto (Ontario)

Susan Gapka, B.A.

Organisatrice communautaire et politique
Toronto Trans Coalition Project
Toronto (Ontario)

Roya Haghiri-Vijeh, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Sc. inf., candidate au doctorat

Professeure de sciences infirmières, Collège Centennial
Toronto (Ontario)
Candidate au doctorat, Université de Victoria, Colombie-Britannique

leZlie lee kam, B.A. (spéc.)

Militante communautaire queer DYKE
OUT of the CLOSET!
Membre, Toronto Senior Pride Network
Youth/Elders Project - Buddies
Toronto (Ontario)

Karen Luyendyk, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.inf.

Formatrice clinicienne, Santé transgenre et non-binaire
Santé arc-en-ciel Ontario, Sherbourne Health
Représentante des parents au sein de la table de planification régionale en soins de santé primaires, en services de santé mentale et en services communautaires pour les communautés trans, bispirituelles, intersexes et de diverses identités de genre de la région de Champlain
Almonte (Ontario)

Judith MacDonnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Ed., Ph.D.

Doyenne associée pour les étudiants, Faculté de la santé
Professeure agrégée, École des sciences infirmières,
Université York
Toronto (Ontario)

Devon MacFarlane, B.A., M.A.

Consultant en santé des personnes LGBTQ2
Ancien directeur, Santé arc-en-ciel Ontario
Toronto (Ontario)

Albert McLeod

Consultant spécialisé dans le VIH/SIDA et les peuples autochtones, la réappropriation culturelle autochtone, la décolonisation et la formation interculturelle
Co-directeur, Two-Spirited People of Manitoba Inc.
Winnipeg (Manitoba)

Leanne Powell, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière-hygiéniste
Bureau de santé de Middlesex-London
London (Ontario)

Sarah Quinto, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée, Centre de santé communautaire de South Riverdale
Toronto (Ontario)

Dianne Roedding, B.Sc.Inf., DEC

Infirmière-hygiéniste (retraîtée)
Bénévole du SPECTRUM Aging with Pride Committee
Kitchener (Ontario)

Teddy Syrette (Ozhawa Anung Kwe/ Yellow Star Woman)

Militantisme et récits
2Spirit Anishnabe Storytelling & Advocacy
Sault Ste. Marie (Ontario) (Baawaating)

D^{re} Albina Veltman, B.Sc. (spéc.), FRCPC

Professeure agrégée, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster
Psychiatre, Hamilton Assertive Community Treatment Team, Dual Diagnosis Team, LGBTQ Mental Health Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Remerciements aux intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de cette ligne directrice, les participants ont fait part de leurs commentaires sur un large éventail d'organisations de services de santé, d'établissements d'enseignements et de domaines et secteurs de pratique. Les participants sont notamment des membres du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des personnes expérimentées et des administrateurs compétents. Des **intervenants**^G représentant divers points de vue ont également été invités à donner leur avis (voir l'**Pannexe F**). L'AIIAO souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de cette LDPE.

Les intervenants qui ont participé à la révision de la LDPE ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans la présente LDPE.

Akil Ade, inf. aut.

Superviseur du Scarborough Palliative Program
VHA Home HealthCare
Toronto (Ontario)

Allan Aligato, inf. aut., B.Sc.Inf., CSPSM(C)

Infirmière de chevet
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Sandy Bates, inf. aut., B.Sc.Inf

Infirmière-hygiéniste
Bureau de santé de la région de Peel
Mississauga (Ontario)

Katie Bowler, inf. aut., candidate à la maîtrise en soins infirmiers

Infirmière autorisée
Hôpital St. Michael
Toronto (Ontario)

Ashley Brown, IAA

Behavioural Supports Ontario Long-Term Care Lead
Leamington Mennonite Home
Chatham (Ontario)

Olivia Brundia, inf. aut., B.Sc.Inf., CVAA(c)

Infirmière autorisée
North Bay (Ontario)

Benjamin Carroll, inf. aut., M. Sc. Inf., candidat au doctorat

Assistant de recherche, Université Ryerson
Infirmier-hygiéniste, Santé publique Ottawa
Ottawa (Ontario)

Devon Church, inf. aut., B.Sc.Inf.

Inf. aut. superviseure
St. Thomas (Ontario)

Thomas Cimino, inf. aut.

Infirmier autorisé, Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Jean Clipsham, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Ed., infirmière praticienne en soins de santé primaires

Infirmière-hygiéniste (retraîtée)
Kingston (Ontario)

Stephanie Cockburn, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière-hygiéniste
Municipalité régionale de York
Région de York (Ontario)

Emilie Coutts-Hurren

Étudiante en sciences infirmières
Programme collaboratif en sciences infirmières de l'Université Brock et du Collège Loyalist
Belleville (Ontario)

Amanda Cybulski, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
London Health Sciences Centre
London (Ontario)

Zackary Derrick, B.A.

Étudiant à la maîtrise
School of Public Health & Social Policy,
Université de Victoria
Montréal (Québec)

Lucy Doan, M. Sc. inf., IP-SSP

Infirmière praticienne
Inner City Health Associates
Toronto (Ontario)

Tammy Doerle, inf. aut.

Whitby (Ontario)

**Nancy Dos Santos-Smith, B.Sc.Inf., inf. aut.,
M. Sc. inf.**

The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Diane Dowling, M.Sc.S.

Professeure
Collège Saint-Laurent
Kingston (Ontario)

Jessica Dowling, inf. aut., M.Sc.inf., CSPSM(C)

Infirmière de chevet
Toronto (Ontario)

Christopher Draenos, inf. aut.

Directeur des recherches
Community-Based Research Centre
Toronto (Ontario)

Nicole Dyer, inf. aut., M.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Ottawa (Ontario)

**Shelley Evans, inf. aut., M.Sc.inf.,
candidate au doctorat**

Chargée de cours à temps partiel, Université de Windsor
Infirmière autorisée, Hôpital Henry Ford
Windsor (Ontario)

**Nicola Eynon-Brown, B.Sc.Inf., M. Sc. inf., IP-P,
CPNP-PC**

Professeure
Collège Saint-Laurent
Brockville (Ontario)

Eve Farrell, inf. aut.

Infirmière autorisée
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay
Thunder Bay (Ontario)

Nicholas Fox, inf. aut.

Infirmier autorisé
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

**Paul-André Gauthier, inf. aut., ICS, B.Sc.Inf.,
TCC, D.M.D, M. Sc. inf., Ph.D. (soins infirmiers)**

Consultant ICS
Sudbury (Ontario)

Tyler Glass, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Sc. inf.

Formateur clinicien
Centre régional de santé Royal Victoria
Barrie (Ontario)

Emily Hao, inf. aut., M.P.H.

Agence de la santé publique du Canada
Toronto (Ontario)

Linda Holm, inf. aut., B.Sc.Inf.

Woodstock (Ontario)

Steven Hunt, inf. aut., J.D.(c)

Service des soins aux patients
Centre de santé mentale Royal Ottawa
Brockville (Ontario)

Sabina Iqbal, B.Sc. (spéc.)

Étudiante en sciences infirmières
Collège Humber
Toronto (Ontario)

Melissa Johnston, inf. aut., M. Sc. inf.

Infirmière-hygiéniste
Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark
Brockville (Ontario)

Emily Kedwell, IP

Infirmière praticienne
St. Catharines (Ontario)

Miran Kim, inf. aut., CSPSM(C)

Infirmière autorisée
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto (Ontario)

Kanika Kohli, inf. aut., M. Sc. inf.

Qualité clinique et pratiques professionnelles
Sunbeam Community & Developmental Services
Kitchener (Ontario)

Tara Kuthun-Berlasty, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Hôtel-Dieu Grace Healthcare
Windsor (Ontario)

Alfred Lam, inf. aut., B.Sc.Inf.

Coordinateur des services clinique
Réseau Trillium pour le don de vie
Toronto (Ontario)

Margaret Lebold, inf. aut., B.Sc., B.A., M.Sc.inf.

Mississauga (Ontario)

Janny Lee, inf. aut., M. Sc. inf., B.Sc.Inf., CSIG(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Hôpital St. Michael
Toronto (Ontario)

Madeline Logan-John Baptiste, inf. aut., B.Sc.Inf., MBA, CHE

Directrice des flux de patients et des équipes de ressources infirmières (soins aux malades en phase critique)
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Kelsey Lothian

Étudiante en sciences infirmières
Programme de B.Sc.Inf. UNB/Humber
Burlington (Ontario)

Keisha Lovence, DNP, inf. aut., ACNP-BC

Infirmière praticienne
Michigan de l'Est
Detroit (Michigan)

Ashley Malloff, inf. aut., B.Sc.Inf., M.G.S.S., PMP, CHE

Spécialiste de la qualité et de la sécurité des patients
Hôpital Queensway Carleton
Ottawa (Ontario)

Elizabeth Mens, inf. aut., M.I.

Infirmière autorisée
Hôpital Mount Sinai
Toronto (Ontario)

Devan Nambiar, M.Sc.

Ancien directeur de programme
Santé arc-en-ciel Ontario
Toronto (Ontario)

Danielle O'Kane, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton
Hamilton (Ontario)

Noelle Ozog, inf. aut., B.ScS., M.Sc.inf.

Infirmière de chevet
Centre des sciences de la santé QEII
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Shoshana Pellman

Toronto (Ontario)

Kim Pham Lee, inf. aut., B.Sc.Inf., M.S.P.

Toronto (Ontario)

Tammy Pollard, inf. aut., B.Sc.Inf., ICSP(C)

Infirmière-ressource
Hospice Simcoe
Barrie (Ontario)

Emery Potter, M. Sc. inf., IIP-SSP

Directrice de programme
Hôpital Women's College
Toronto (Ontario)

Emma Praysner, inf. aut.

Infirmière hospitalière autorisée
Casey House
Toronto (Ontario)

Vanesa Regulez

Infirmière
Osakidetza
Barakaldo (Espagne)

Lisa Rhodenizer, B.S.P., PMP

Conseillère et coordinatrice de la promotion de la santé
Programme régional de cancérologie du Centre
Newmarket (Ontario)

Javier Rodriguez Tello, M.Sc.inf.

Infirmier
Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena
Cartagena (Espagne)

Lindsay Rosien, inf. aut.

Infirmière-hygiéniste
Bureau de santé de la région de York
Newmarket (Ontario)

Susanne Sferrazza-Swayze, inf. aux. aut., CMLC

Infirmière auxiliaire autorisée
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton
Hamilton (Ontario)

Tanya Smith, R.TCMP

Étudiante, B.Sc.Inf.
Université Ryerson
Toronto (Ontario)

Laura Sparrow, inf. aut.

Infirmière autorisée
Sherbourne Health
Toronto (Ontario)

Stephanie Swailes, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Sc. inf.

Infirmière autorisée
Réseau universitaire de santé, Hôpital Toronto General
Toronto (Ontario)

Carnelle Symes, inf. aut., M.Sc.inf., CCNE

Instructrice en sciences infirmières
Red Deer College
Red Deer (Alberta)

Niall Tamayo, inf. aut.

Instructeur en sciences infirmières
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Grace Terry, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.

Infirmière autorisée
Muskoka Algonquin Healthcare
Huntsville (Ontario)

Katherine Thompson, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Meadowpark Long-Term Care
Chatham (Ontario)

Ruth Trinier, M. Sc. inf., inf. aut.

Infirmière praticienne
Gouvernement du Nunavut
Nunavut

Isaac Van Geest, inf. aut.

Infirmier autorisé
CAMA Woodlands Long Term Care Home
Burlington (Ontario)

Tom Warner

Président, Senior Pride Network
Toronto (Ontario)

Rebecca Welch, inf. aut. (cat. sup.), IIP-SSP, M. Sc. inf., CSPSM(C)

Infirmière praticienne
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Nicole Whitten, inf. aut., B.Sc.Inf., M.P.H.

Infirmière-hygiéniste
London (Ontario)

Mitchell Wright

Étudiant en sciences infirmières
Hamilton (Ontario)

Erin Ziegler, Ph.D., IIP-SSP

Professeure adjointe
Université Ryerson
Toronto (Ontario)

Contexte

Les membres de la communauté LGBTQI2+ et la santé

La présente LDPE utilise le sigle LGBTQI2+ pour décrire un groupe de personnes de différentes orientations sexuelles, identités de genre et expressions de genre, de différentes races, de différents statuts socio-économiques et autres identités sociales (voir le cadre d'**intersectionnalité**^G ci-dessous). L'entrecroisement d'identités chez les membres de la communauté LGBTQI2+ les rend parfois plus susceptibles d'être victimes de stigmatisation et de discrimination dans leur vie personnelle et professionnelle, ainsi qu'au sein du système de santé. Historiquement, le manque de sensibilisation des fournisseurs de soins de santé aux spécificités des besoins en matière de santé des membres de la communauté LGBTQI2+ constitue un obstacle aux soins inclusifs et équitables (21).

Il est difficile de déterminer le nombre exact de personnes qui se décrivent comme étant membres de la communauté LGBTQI2+ à cause du manque de données adéquates et longitudinales. Toutefois, un sondage pancanadien indique que 13 % des Canadiens se décrivent comme membres de la communauté LGBTQI2+ (22). D'autres rapports indiquent que jusqu'à 14 % des élèves du secondaire disent appartenir à la communauté LGBTQ (23). De plus, les personnes non binaires et intersexuées sont souvent oubliées et effacées de la collecte de données et des statistiques (14, 24). Même s'il existe des lacunes dans les données et la capacité d'estimer le nombre total de personnes aux pays qui appartiennent à la communauté LGBTQI2+, les fournisseurs de soins de santé ont déjà rencontré ou rencontreront des membres de cette communauté en consultation et doivent donc recevoir une formation sur leurs besoins. En l'absence de signes indiquant que le fournisseur de soins de santé ou l'organisation de services de santé est en mesure d'offrir des soins aux membres de la communauté LGBTQI2+ selon une approche affirmative, la personne risque d'opter pour la non-divulgaration. Il est impératif que les fournisseurs de soins de santé comprennent les spécificités des besoins en santé et en services de santé des membres de la communauté LGBTQI2+, la manière dont ceux-ci s'entrecroisent ainsi que la manière dont ces besoins sont influencés par les **déterminants sociaux de la santé**^G. La compréhension des besoins des membres de la communauté LGBTQI2+ en matière de santé et de services de santé est fondamentale pour offrir des services de santé inclusifs, équitables et sûrs.

Relations avec les pairs et la famille choisie tout au long de la vie

Au début du parcours de vie, le cadre scolaire revêt une importance vitale en matière de santé et de bien-être des jeunes de la communauté LGBTQI2+. Les expériences de discrimination et de harcèlement à l'**école**^G constituent un risque en matière de réussite des études secondaires (25). Les milieux scolaires positifs qui incluent des **alliances genre-sexualité**^G (AGS) dans les écoles peuvent considérablement améliorer le bien-être des élèves en général, y compris leur santé mentale, en encourageant le sens de soutien et d'appartenance des jeunes (25). La **révélation de l'identité sexuelle** est souvent un moment particulièrement important pour les jeunes de la communauté LGBTQI2+, et les AGS sont en mesure d'offrir un soutien. La révélation de l'identité sexuelle n'est pas un événement ponctuel ou qui ne touche que les jeunes, il s'agit plutôt d'une décision quotidienne pour les membres de la communauté LGBTQI2+ fondée sur ses avantages et ses risques, y compris la possibilité de se heurter à la discrimination. La révélation de l'identité sexuelle est un concept occidental que des personnes d'autres traditions culturelles trouvent parfois incompréhensible ou non nécessaire ou qu'elles refusent d'accepter, en particulier dans les cas où cette révélation risque de déclencher des actes de violence ou de causer la mort. Dans les communautés autochtones, l'expression anglaise « *coming in* » est parfois utilisée pour décrire un processus de revendication et d'acceptation de soi. Le processus de *coming in* implique une affirmation de soi et l'adoption d'identités qui correspondent à ce que l'on est, plutôt que d'essayer de se conformer à des identités ou des étiquettes préexistantes (26).

Les membres de la communauté LGBTQI2+ préfèrent parfois les relations avec des amis sélectionnés, souvent désignés comme la « famille choisie » (27), au détriment des membres de leur famille. La famille choisie comprend selon le cas des amis, des collègues de travail, des partenaires ou d'ex-partenaires. L'importance critique et le rôle essentiel de la famille choisie sont renforcés chez les personnes âgées de la communauté LGBTQI2+. La compagnie, le soutien social et les soins informels aux personnes âgées LGBTQI2+ incombent en grande partie à d'autres personnes âgées de cette communauté (28). Pour les personnes âgées appartenant à la communauté LGBTQI2+ en fin de vie, les proches ou les réseaux de soins sont souvent constitués de familles LGBTQI2+ choisies, plutôt que d'enfants et de conjoints (29). Au même titre que l'ensemble de la population canadienne, les membres de la communauté LGBTQI2+ vieillissent (30). Plusieurs personnes âgées de la communauté LGBTQI2+ ont fait toute leur vie l'objet d'une discrimination fondée sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre ou expression de genre, y compris dans les organisations de services de santé. Ces expériences ont eu une incidence

sur leur santé et leur bien-être et ont engendré des craintes et une méfiance permanentes pour un grand nombre d'entre elles lorsqu'elles ont accès aux services de santé. Lorsque les membres de la communauté LGBTQI2+ vieillissent, ils doivent composer avec des préoccupations qui leur sont propres en matière d'isolement et s'inquiètent de devenir dépendantes des fournisseurs de soins de santé et du système de santé. Ils s'inquiètent aussi de leur sécurité dans les établissements de soins de longue durée ou de soins à domicile (31, 32). Certaines personnes âgées de la communauté LGBTQI2+ ont déclaré craindre d'être obligées de « retourner dans le placard », et de taire ou de cacher des parties de leur identité afin de se protéger au sein du système de santé (32). La crainte d'entrer dans un foyer de soins de longue durée est commune à de nombreuses personnes âgées de la communauté LGBTQI2+, car beaucoup d'entre elles s'attendent à connaître la solitude, l'isolement, une diminution de l'autonomie et des capacités de prise de décision, une vulnérabilité accrue à la stigmatisation liée aux réalités LGBTQI2+ ainsi qu'une exposition potentielle à des milieux sociaux et physiques dangereux (32).

Stress des minorités, déterminants sociaux de la santé, discrimination et violence

Les obstacles systémiques et les facteurs socioculturels contribuent à des résultats inéquitables en matière de santé chez les personnes de la communauté LGBTQI2+. L'un des cadres théoriques et explicatifs le plus important des iniquités en matière de santé dont font l'objet les membres de la communauté LGBTQI2+ est le modèle du **stress des minorités**^G. Selon ce modèle, les disparités en matière de santé des minorités sexuelles s'expliquent en grande partie par les facteurs de stress découlant d'une culture hostile et homophobe, qui peut entraîner une vie entière de harcèlement, de maltraitance, de discrimination et de victimisation (33). Le stress des minorités a des caractéristiques qui lui sont propres. Il est chronique et fondé sur des facteurs sociaux.

Les **déterminants sociaux de la santé**^G, y compris l'exclusion sociale, la discrimination et la violence, le revenu, l'appartenance ethnique, le niveau d'études, les incapacités et le statut d'immigrant influence les résultats en matière de santé des populations, et les membres de la communauté LGBTQI2+ sont touchés de manière disproportionnée, ce qui peut empirer l'état de santé (34, 35). Les personnes bisexuelles ou transgenres sont sur-représentées parmi les Canadiens à faible revenu. Environ un quart des personnes transgenres au Canada vivent avec un revenu annuel de moins de 15 000 \$, et environ la moitié vivent avec un revenu annuel de moins de 30 000 \$ (36). La disparité des revenus entraîne une augmentation significative des iniquités en matière de santé, en dépit du système de santé universel du Canada (37).

De surcroît, les membres de la communauté LGBTQI2+ font souvent l'objet d'agressions sexuelles et physiques. Au Canada, une étude a révélé que 16 % des personnes transgenres et non binaires ont subi des violences physiques et 26 % des agressions sexuelles au cours des cinq dernières années (36). La majorité, soit 68 % des personnes transgenres et non binaires au Canada, ont été victimes de harcèlement verbal au cours des cinq dernières années (36). Historiquement, la violence conjugale a été conceptualisée dans la société d'un point de vue hétéronormatif et n'inclut pas le contexte des expériences des membres de la communauté LGBTQI2+ (38). Toutefois les membres de la communauté LGBTQI2+ subissent également la violence conjugale, et il est important de comprendre comment l'hétérosexisme, l'**hétéronormativité**^G, l'homophobie, la biphobie et la transphobie s'entrecroisent et ont ainsi une incidence sur la violence conjugale et la marginalisation des survivants (38). D'après l'*Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, lorsque des personnes autochtones bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, intersexuées, asexuelles et en questionnement (2ELGBTQQIA) sont victimes de violence, la discrimination fondée sur la race et le sexe se combine à l'homophobie, à la transphobie et à d'autres formes de discrimination sexuelle (39). Les personnes âgées de la communauté LGBTQI2+ sont particulièrement vulnérables aux expériences de maltraitance sous forme de maltraitance émotionnelle, physique, sexuelle et financière, de violation des droits et libertés, de maltraitance systémique ou de maltraitance par négligence (40). Ces personnes âgées sont parfois victimes d'ostracisme de la part de leur famille à cause de leur statut LGBTQI2+ et il peut y avoir des préoccupations quant à d'autres formes potentielles de maltraitance des personnes âgées dans les établissements de santé (41). Les expériences de maltraitance des personnes âgées chez les membres de la communauté LGBTQI2+ impliquent l'intersection de multiples identités, y compris (mais sans s'y limiter) l'âge, la race et la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre (42).

Stigmatisation, discrimination, préjugés implicites et antécédents de violence au sein du système de santé

Les obstacles systémiques au sein du système de santé trouvent leur origine dans l'effacement historique des identités LGBTQI2+ au sein des pratiques et des politiques. Ces obstacles sont omniprésents et ont une incidence sur la capacité des membres de la communauté LGBTQI2+ à accéder à des services de santé équitables. Par exemple, la prestation de services de santé n'est souvent pas inclusive ou accueillante. Les fournisseurs de soins de santé manquent souvent de connaissances et de compréhension des problèmes de santé des membres de la communauté LGBTQI2+, et il peut y avoir des micro-agressions sexuelles ou de genre institutionnalisées.

Les fournisseurs de soins de santé doivent être conscients du contexte social et juridique plus vaste dans lequel vivent les membres de la communauté LGBTQI2+ et de l'incidence de ce contexte sur leurs expériences en matière de santé et d'utilisation des services de santé. En 1996, l'orientation sexuelle a été ajoutée comme l'un des motifs de distinction illicites dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, et en 2017, l'identité de genre et l'expression de genre ont été ajoutées comme motifs de distinction illicites (43). En Ontario, le *Code des droits de la personne de l'Ontario* interdit la discrimination et/ou le harcèlement à l'égard d'une personne à cause de son orientation sexuelle, de son identité sexuelle et de l'expression de son identité sexuelle (44).

Historiquement, les membres de la communauté LGBTQI2+ ont eu une expérience de violence et de **pathologisation**^G au sein du système de santé. Par exemple, jusqu'en 1973, l'homosexualité figurait dans la liste de diagnostics de trouble mental dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), ce qui a conduit à des emprisonnements ou à des thérapies par aversion ou par électrochocs (45, 46). En outre, le recours généralisé aux interventions chirurgicales visant à « normaliser » les organes génitaux sans nécessité médicale, ainsi que l'effacement des nourrissons et des enfants intersexués qui en résulte, continuent d'influencer les attitudes de la société à l'égard de la compréhension de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre comme étant autre chose qu'hétérosexuelle et **cisgenre** (24). L'article 268 du *Code criminel* continue d'autoriser les opérations chirurgicales pratiquées par des médecins pour modifier le corps de nourrissons et d'enfants qu'ils considèrent comme ayant des organes génitaux ou reproducteurs ambigus (47). Un autre exemple de violence est le recours à la thérapie de conversion, une pratique qui prétend changer l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'expression de genre d'une personne et la rendre hétérosexuelle ou cisgenre (24). De plus, les personnes transgenres et non binaires se heurtent à des obstacles pour accéder aux chirurgies et aux services liés à la transition, ce qui conduit dans le monde entier à des cas de soins non sécuritaires et de décès évitables (48). Outre les obstacles juridiques, les personnes transgenres et non binaires se heurtent à des obstacles financiers en raison du coût excessif associé à l'hormonothérapie et aux interventions chirurgicales liées à la transition.

Les pratiques discriminatoires et les attitudes négatives dont font preuve les fournisseurs de soins de santé peuvent nuire à l'accès aux services de santé et mener à des résultats de santé défavorables (49, 50). Les fournisseurs de soins de santé dans certains ne connaissent pas les spécificités des besoins de ces populations, et certaines personnes peuvent éviter de révéler leur identité de genre ou leur orientation sexuelle à cause d'expériences négatives antérieures. Ces deux circonstances peuvent entraîner un manque de soins appropriés (51, 52). Par exemple, l'expérience des services de santé reproductive, comme les techniques de conception et de maternité de substitution, est parfois profondément hétéronormative, malgré un accès accru des membres de la communauté LGBTQI2+ et des progrès importants en matière de reconnaissance sociale et juridique pour les membres de la communauté LGBTQI2+ au Canada (53). Voir plus de détails sur la discrimination dans la section **Cadre de l'intersectionnalité** (page 34).

De nombreux membres de la communauté LGBTQI2+ signalent des expériences négatives et humiliantes lors de rencontres avec des fournisseurs de soins de santé et/ou d'autres membres du personnel des organisations de services de santé. Ces expériences causent des préjudices, empêchent les membres de la communauté LGBTQI2+ d'avoir recours à des services de santé dont ils ont grand besoin et contribuent aux iniquités en santé qui touchent les membres de la communauté LGBTQI2+ (54). Les préjugés implicites (inconscients) sont des attitudes et des préjugés négatifs à l'égard des membres de la communauté LGBTQI2+ qui sont ancrés dans le système de croyances d'une personne dès son plus jeune âge (55). Les préjugés implicites influencent parfois la façon dont les fournisseurs de soins de santé parlent et interagissent avec les membres de la communauté LGBTQI2+ et peuvent avoir une incidence sur leur prise de décision clinique (55). Il est essentiel que l'effectif étudiant s'orientant vers les professions de la santé, les fournisseurs de soins de santé et toutes les personnes participant à la prestation de soins de santé reconnaissent qu'ils ont peut-être des stéréotypes et des préjugés négatifs à l'égard de certaines personnes qui ont un effet sur leur capacité à offrir des services de santé d'une manière respectueuse (56). Il est essentiel

que tous les étudiants en santé et les fournisseurs de soins de santé se livrent à une **réflexion critique**^G permanente sur leurs croyances, hypothèses et préjugés personnels relatifs aux membres de la communauté LGBTQI2+ afin de s'assurer qu'ils ne contribuent pas davantage aux iniquités en matière de santé qui touchent cette communauté (54). L'AIIAO a élaboré une déclaration de principe sur le respect des communautés de la diversité sexuelle et de genre, voir l'**annexe B** pour en savoir plus.

Iniquités en matière de santé vécues par les membres de la communauté LGBTQI2+

Étant donné que les membres de la communauté LGBTQI2+ ont des problèmes de santé et des besoins en matière de santé qui sont propres à leurs expériences, il est important que les fournisseurs de soins de santé aient une connaissance détaillée de ces besoins et de la meilleure façon d'offrir des services de santé. Par exemple, les personnes qui se décrivent comme lesbiennes présentent des taux supérieurs de maladies cardiaques, ainsi que des taux inférieurs de dépistage des cancers du col de l'utérus et du haut du corps (57, 58). Les taux de dépistage inférieurs peuvent être liés à diverses raisons, notamment : le manque de connaissances des fournisseurs de soins de santé (c'est-à-dire que ceux-ci ne procèdent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus parce qu'ils croient que les personnes qui se décrivent comme lesbiennes ne risquent pas de contracter le virus du papillome humain [VPH]); des expériences antérieures négatives pendant des interactions avec des fournisseurs de soins de santé; et le manque d'accès aux soins de santé (59, 60). Ces taux de dépistage inférieurs pourraient potentiellement conduire à un risque accru de diagnostics de cancer du col de l'utérus et du haut du corps (57, 58). De même, une plus grande exposition aux facteurs de stress, des comportements d'adaptation comme la consommation de tabac et d'alcool, ainsi qu'un accès réduit aux soins préventifs peuvent influencer le risque de maladie cardiaque chez les personnes qui se décrivent comme lesbiennes (61, 62). Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, on observe un risque accru de cancers anogénitaux et anaux par rapport à la population générale (63, 64). Les personnes transgenres et non binaires ont besoin d'un dépistage systématique du cancer pour faciliter la détection précoce et auront parfois besoin d'être traitées différemment et avec sensibilité dans le cadre des soins de dépistage (65). Les personnes transgenres éprouvent parfois des difficultés à accéder à des soins de santé adéquats et appropriés, y compris à des services ordinaires n'ayant aucun rapport avec leur identité transgenre (48).

Plus généralement, en raison de la discrimination et de la violence persistantes, de nombreux membres de la communauté LGBTQI2+ sont exposés à un risque plus élevé de troubles mentaux comme la dépression, l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, le suicide, l'automutilation, le syndrome de stress post-traumatique (57, 66) et la toxicomanie (67). Les lesbiennes et les gais et bisexuels sont plus susceptibles de souffrir de dépression, d'anxiété, de toxicomanie et de suicide que les personnes hétérosexuelles (68). Selon l'enquête Trans PULSE Canada, au cours de la dernière année, 31 % des personnes transgenres ont eu des pensées suicidaires, et 6 % ont fait une tentative de suicide (36). Des données nouvelles de Statistique Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada indiquent que les personnes d'identité lesbienne, gaie et bisexuelle doivent faire face à un grand nombre d'iniquités en matière de santé qui ne sont pas encore bien comprises. Par exemple, les hommes et les femmes bisexuels ressentent davantage de douleurs dentaires que les personnes hétérosexuelles ou homosexuelles (69). Les femmes lesbiennes et bisexuelles souffrent plus souvent d'arthrite que les femmes hétérosexuelles (69).

Conclusion

Il faut souligner que les membres de la communauté LGBTQI2+ se sont fait depuis longtemps les défenseurs de leurs besoins en matière de santé. Ils ont lutté notamment pour la reconnaissance de leurs problèmes de santé par les organismes scientifiques et le gouvernement. Un exemple est la lutte pour le traitement et les soins du SIDA dans les années 1980 et 1990 par des mouvements comme AIDS Action Now! au Canada et ACT UP aux États-Unis (70). Ces enjeux comprennent l'accès à des services de santé appropriés et la réduction des iniquités en matière de santé. La présente LDPE a été lancée sous l'impulsion du Rainbow Nursing Interest Group de l'AIIAO. En collaboration avec les membres de la communauté LGBTQI2+, la présente LDPE a été élaborée pour fournir des recommandations fondées sur des données probantes au personnel infirmier, aux équipes interprofessionnelles, aux organisations de services de santé et aux établissements d'enseignement. Les recommandations visent à améliorer l'équité en matière d'accès aux soins et la prestation de soins inclusifs et sûrs aux membres de la communauté LGBTQI2+.

Principes directeurs et cadres conceptuels

La présente LDPE a été élaborée dans le but de favoriser l'équité en matière de santé par l'utilisation d'un cadre d'**intersectionnalité**^G et d'une perspective d'**anti-oppression**^G et de **réconciliation**^G. Le document souhaite encourager tous les fournisseurs de soins de santé à s'engager en faveur des principes et des mesures de réconciliation, et ce, par une attitude d'humilité et de respect mutuel et en faisant les efforts nécessaires.

Cadre d'intersectionnalité

Le terme d'intersectionnalité a été utilisé pour la première fois par l'universitaire féministe noire Kimberlé Crenshaw en 1989. Il s'agit d'une étude des identités sociales qui s'entrecroisent et des systèmes d'oppression, de domination ou de discrimination qui y sont liés. L'intersectionnalité considère que les catégories de race, de classe, de genre, de sexualité, de nationalité, d'incapacités et d'âge sont interdépendantes (71). L'intersectionnalité tient compte de l'ensemble des identités fondées sur des contextes historiques, sociaux et politiques ainsi que sur des expériences et des circonstances individuelles, de même que de la manière dont elles se façonnent les unes les autres (71). C'est une approche par laquelle les expériences de marginalisation qui s'entrecroisent, y compris les besoins de la personne entière, sont prises en compte (34). Les formes d'oppression et de privilège n'existent pas de manière isolée les unes des autres. À titre d'exemple, nous n'arriverons pas à bien saisir l'homophobie visant une personne si nous ne connaissons pas également sa race, son expression de genre et son identité de genre. Un homosexuel noir peut se heurter à du racisme au sein de la communauté LGBT et à de l'homophobie au sein de la communauté noire. Quant aux personnes bispirituelles, les expériences de racisme, de discrimination et d'invisibilité systématique sont le résultat direct de la **colonisation**^G (72). Le pouvoir et les privilèges sont également vécus selon leur entrecroisements. Par exemple, un homme blanc cisgenre et hétérosexuel aura peut-être plus de privilèges et de pouvoir dans la société que la majorité de la population en raison de son âge, de son identité de genre, de son orientation sexuelle et de sa race. En outre, un gai cisgenre blanc et un homme trans blanc, simplement en raison de leur couleur de peau et de préjugés implicites, auront peut-être plus de pouvoir et de privilèges qu'une personne de couleur de la communauté LGBTQI2+.

Les formes intersectionnelles d'oppression et de privilège existent dans plusieurs secteurs de la société, notamment l'emploi, la formation, le sport et la santé. Certaines personnes sont aux prises avec l'hétéronormativité, l'âgisme, le racisme, la **cisnormativité** ou d'autres formes de discrimination qui s'entrecroisent et qui, mises ensemble, risquent d'accroître la vulnérabilité aux disparités et aux mauvais résultats en matière de santé (73). L'intersectionnalité a une incidence sur la santé mentale des personnes de la communauté LGBTQ à plus d'un titre. Par exemple, les personnes de la communauté LGBTQ, en plus de l'homophobie et de la transphobie, seront parfois victimes d'autres formes de marginalisation comme l'âgisme, le racisme, le sexisme, les préjugés de classe, le capacitisme ou d'autres facteurs qui ont une incidence négative sur leur santé mentale (34). De plus, une personne atteinte d'un problème de santé mentale, qui est également membre de la communauté LGBTQ, doit parfois surmonter des obstacles en matière d'accès à des services de santé mentale appropriés et inclusifs et sera parfois victime de discrimination sur la base du handicap et de l'orientation sexuelle (34). On observe des interactions complexes entre différentes formes de stigmatisation lorsque des personnes ont à la fois des maladies mentales graves et persistantes et des identités LGBTQ. Ces personnes doivent dans certains cas supporter un lourd fardeau, à savoir une stigmatisation et une discrimination au sein de la communauté LGBTQ, de la communauté de la santé mentale et de la communauté en général (74). Cette situation peut créer un sentiment d'aliénation. Ces personnes s'efforcent alors de cacher divers aspects de leur identité tout en essayant de se faire accepter par les autres (74).

Le cadre conceptuel de la roue de l'intersectionnalité est tiré de la trousse à outils de l'Institut canadien de recherches sur les femmes (ICREF) intitulée *Un monde pour tout le monde : Une trousse à outils pour appliquer l'intersectionnalité* (75). Ce cadre conceptuel fournit des exemples d'intersectionnalité. Le cercle du centre représente les circonstances de pouvoir, de privilège et d'identité d'une personne. Le deuxième cercle à partir de l'intérieur représente les aspects de l'identité, dont certains peuvent changer (l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre, l'âge, les scolarité, la profession, le statut social, la religion, etc.) et d'autres non (la couleur de la peau, le statut autochtone, la caste, les antécédents professionnels, les handicaps, etc.). Le troisième cercle en partant de l'intérieur représente différents types de discrimination et d'attitudes ayant un impact sur l'identité (comme la transphobie et l'homophobie). Le cercle extérieur représente des forces et des structures plus larges qui œuvrent mutuellement à l'augmentation ou au renforcement de la discrimination et des privilèges existants, comme l'économie, la mondialisation, la guerre, les systèmes éducatifs et la politique.

Prisme d'anti-oppression

Dominelli (2002) définit l'oppression comme des relations [traduction] « qui classent les gens en groupes dominants ou supérieurs et en groupes subordonnés ou inférieurs. Ces relations de domination consistent à dévaloriser systématiquement les caractéristiques et les contributions des personnes considérées comme inférieures, ainsi qu'à les exclure des ressources sociales dont disposent les membres du groupe dominant » (76). L'anti-oppression, de ce point de vue, peut être utilisée comme un outil ou un prisme pour œuvrer contre ces divisions de pouvoir et l'exclusion des ressources sociales. L'anti-oppression est [traduction] « un outil de compréhension de la complexité de l'expérience de l'oppression et une façon d'y remédier » (77).

L'anti-oppression remet en question les inégalités et les désavantages. Un prisme de l'anti-oppression s'efforce de combattre toutes notamment compris, mais sans s'y restreindre, le racisme, le sexisme, l'âgisme, l'homophobie et le cisgenrisme (78). Les principes d'anti-oppression englobent l'holistique, l'analyse du pouvoir, l'élimination du racisme, l'écoute, l'appréciation et la gratitude, l'action et le leadership (78). Les stratégies anti-oppressives cherchent à s'attaquer aux inégalités systémiques qui fonctionnent simultanément, par opposition à la production et à la reproduction de l'oppression (79). La pratique anti-oppressive consiste à reconnaître les déséquilibres de pouvoir et à œuvrer à la promotion du changement afin de rétablir cet équilibre (80). La présente LDPE a été élaborée afin de remettre en question la façon dont les personnes sont traitées en fonction de leur identité, notamment de leur identité et de leur expression de genre, de leur orientation sexuelle, de leur race, de leur statut autochtone, de leur âge ou de leurs capacités physiques et mentales.

Réconciliation et santé bispirituelle

Un débat sur l'anti-oppression et les formes de discrimination intersectionnelles serait incomplet sans aborder les circonstances particulières des peuples autochtones du Canada et l'oppression qui les visent. Le terme « bispirituel » désigne des identités sexuelles pré-contact (remontant à une époque précédant l'arrivée des colons et de la colonisation) que l'on pense être communes à plusieurs premiers peuples de l'Île de la Tortue (Amérique du Nord). Les personnes qui se décrivaient comme bispirituelles occupaient une place primordiale dans les sociétés autochtones (10). La bispiritualité a des significations différentes selon les communautés et les personnes. Des personnes autochtones peuvent également se décrire par d'autres identités LGBTQI+. Au Canada, les constructions binaires du genre sont un produit de la colonisation et ne sont pas reconnues par plusieurs cultures autochtones traditionnelles. Généralement, les concepts sociaux et savants du genre et de la sexualité sont en grande partie enracinés dans le système de croyances culturelles occidentales euro-chrétiennes dominantes et subissent son influence (81). En 2016, on comptait 1 673 785 Autochtones au Canada (82). Un sondage mené auprès d'une communauté autochtone de Toronto a montré que 23 % des répondants étaient bispirituels (83).

Les déterminants sociaux de la santé qui ont une incidence sur les peuples autochtones du Canada sont enracinés dans la colonisation, qui a perturbé les cultures, les droits fonciers, les langues et le droit inhérent à l'autodétermination (72). À cause de l'héritage colonial, les peuples autochtones continuent, par rapport à l'ensemble de la population canadienne, d'avoir un statut socio-économique inférieur de façon disproportionnée, de souffrir d'insécurité en matière de logement et d'alimentation, d'avoir moins d'accès à la formation, d'avoir des taux plus élevés de toxicomanie et une surreprésentation au sein du système de justice pénale au Canada (72, 84, 85). Les personnes bispirituelles et trans autochtones sont victimes d'iniquités en matière de santé, de racisme systémique, de discrimination, de marginalisation et d'obstacles à l'accès aux services de santé en raison de l'intersection de la colonisation, des déterminants sociaux de la santé qui ont une incidence sur les peuples autochtones et du statut de minorité de genre (72, 84).

La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) définit la réconciliation comme un processus continu visant à établir et à maintenir des relations respectueuses entre les peuples **autochtones**⁶ et non autochtones (86). L'établissement de relations respectueuses exige la prise de conscience du passé, la reconnaissance des dommages qui ont été infligés, l'expiation des causes et la prise de mesures pour changer les comportements (86). La présente LDPE tente de répondre à deux appels à l'action propres à la CVR (voir **tableau 7**). En outre, l'*Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées* lance 231 appels à la justice, y compris des appels à la justice propres à la santé et deux appels à la justice propres à la communauté LGBTQIA2+ (39). Les appels à la justice abordés dans la présente LDPE sont présentés dans le **tableau 8**.

Tableau 7 : Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation liés à la présente LDPE

APPEL À L'ACTION DE LA CVR	DOMAINE DES LIGNES DIRECTRICES PRÉSENTANT DES MESURES POUR RÉPONDRE À L'APPEL À L'ACTION
<p>23. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement :</p> <p>iii. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.</p>	Cadre avec la recommandation 5.1
<p>24. Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la <i>Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones</i>, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme.</p>	Cadre partiellement avec la recommandation 5.0 Remarque : La recommandation 5.0 comprend la santé des bispirituels et la sécurité culturelle⁶.

Tableau 8 : Appels à la justice de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées qui ont un lien avec la présente LDPE

APPEL À LA JUSTICE DE L'ENQUÊTE	DOMAINE DES LIGNES DIRECTRICES PRÉSENTANT DES MESURES POUR RÉPONDRE À L'APPEL À L'ACTION
<p>18.1 Nous demandons à tous les gouvernements et à tous les fournisseurs de services de financer et d'appuyer des initiatives de sensibilisation aux enjeux touchant les personnes 2ELGBTQIA et de mettre en œuvre, à l'intention de ces dernières, des programmes, des services et des initiatives de soutien pratique qui comprennent des approches fondées sur les distinctions et tenant compte des défis particuliers en matière de sécurité auxquels les personnes et les groupes 2ELGBTQIA doivent faire face.</p>	Cadre en partie avec les recommandations 2.0 et 4.1
<p>18.4 Nous demandons à tous les gouvernements, à tous les fournisseurs de services et à toutes les personnes qui participent à des projets de recherche de modifier les méthodes de collecte de données pour :</p> <p>i) accroître la quantité de données statistiques précises et complètes sur les personnes 2ELGBTQIA, plus particulièrement pour consigner les expériences des personnes transgenres et des personnes ayant une identité de genre non binaire;</p> <p>ii) éliminer l'option de genre binaire et inclure des options d'identité de genre exemptes de stéréotypes basés sur le sexe, non discriminatoires et non binaires — par exemple, une option de genre « X » — dans tous les contextes où le genre d'une personne doit être précisé, y compris dans les formulaires de demande et d'inscription, les sondages, les cartes de statut, les données de recensement et les autres types de collectes de données;</p> <p>iii) améliorer la précision des méthodes de collecte des données afin de reconnaître et de refléter la diversité des communautés 2ELGBTQIA, en tenant compte, par exemple, des expériences des femmes bispirituelles et lesbiennes et de la différence entre les expériences des personnes bispirituelles et transgenres, et entre celles des hommes et des femmes transgenres.</p>	<p>i) Cadre partiellement avec la recommandation 1.1</p> <p>ii) Cadre avec la recommandation 1.1</p> <p>iii) Cadre partiellement avec la recommandation 1.1</p> <p>Cet appel à la justice cadre également avec les lacunes en matière de recherche mentionnées dans la LDPE.</p>

APPEL À LA JUSTICE DE L'ENQUÊTE	DOMAINE DES LIGNES DIRECTRICES PRÉSENTANT DES MESURES POUR RÉPONDRE À L'APPEL À L'ACTION
18.6 Nous demandons à tous les gouvernements et à tous les fournisseurs de services de financer et de soutenir des programmes pour les jeunes, y compris des programmes de mentorat et de leadership, ainsi que des services de soutien largement accessibles qui vont à la rencontre des personnes 2ELGBTQQIA.	Cadre avec les recommandations 2.1 et 4.1
18.11 Nous demandons à tous les gouvernements, à tous les fournisseurs de services, aux industries et aux institutions d'intégrer les identités de genre non binaires dans la conception de leurs programmes et services et d'aménager des toilettes et des vestiaires non genrés dans leurs installations.	Cadre avec la recommandation 2.0
18.18 Nous demandons à tous les gouvernements et à tous les fournisseurs de services de sensibiliser ces derniers aux réalités des personnes 2ELGBTQQIA et à leurs besoins distinctifs, et d'offrir des formations obligatoires en matière de compétence culturelle à tous les fournisseurs de services sociaux, y compris des formations sur les études autochtones, sur la sensibilisation à la culture, sur les soins tenant compte des traumatismes, sur la lutte contre l'oppression et sur l'inclusion des personnes 2ELGBTQQIA dans un contexte autochtone (y compris des connaissances sur les identités 2ELGBTQQIA et la perception qu'ont les Autochtones des questions de genre et d'orientation sexuelle). Des personnes 2ELGBTQQIA doivent participer à la conception et à la mise en œuvre de ces formations.	Cadre avec la recommandation 5.1
18.28 Nous demandons à tous les gouvernements de financer et d'appuyer des services de santé étendus, prodigués par tous les fournisseurs de services et réservés aux personnes 2ELGBTQQIA autochtones, y compris des centres de santé, des programmes de traitement de la toxicomanie ainsi que des services et des ressources en santé mentale.	Cadre partiellement avec la recommandation 4.1

De plus, soutenir la réconciliation signifie œuvrer pour aplanir les inégalités entre les peuples autochtones et les colons, y compris en matière de pauvreté et de revenus, de santé, du niveau de vie, de racisme, de préjugés et de sexisme. La présente LDPE vise à soutenir la réconciliation en s'efforçant à surmonter les formes intersectionnelles d'inégalité que vivent les personnes bispirituelles et les autres personnes autochtones de la communauté LGBTQI+ dans les établissements de santé et de la part des fournisseurs de soins de santé. Cette position cadre avec la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, qui stipule que les peuples autochtones sont égaux à tous les autres peuples, tout en reconnaissant le droit de tous les peuples à être différents, à se considérer comme différents et à être respectés comme tels (87). De plus, l'article 24.2 de la déclaration (page 18) stipule que « les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit. » (87).

Les difficultés particulières auxquelles se heurtent les personnes autochtones de la communauté LGBTQI2+ en matière de services de santé peuvent être liées à la géographie et au cadre juridique en vigueur. Ces difficultés existent également en milieu urbain, en milieu rural, dans les réserves, dans les régions nordiques et dans les régions éloignées. Par exemple, le gouvernement fédéral du Canada est responsable des services de santé dans les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves et ses Services de santé non assurés (SSNA) sont offerts par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Le programme des SSNA du ministère des Services aux Autochtones Canada offre à ses clients (membres inscrits des Premières Nations et Inuit reconnus) la couverture d'une gamme de prestations de santé,

qui comprend les médicaments sur ordonnance et en vente libre, les soins dentaires et soins de la vue, les fournitures et équipement médicaux, les services de counseling en santé mentale, le transport en vue d'accéder à des services de santé qui ne sont pas disponibles localement (88). Ces prestations complètent celles des programmes de soins de santé provinciaux et territoriaux, tels que les soins médicaux et hospitaliers, ainsi que d'autres programmes et services communautaires des Premières nations et des Inuit (88). Toutefois, il peut être difficile d'accéder à des services de santé dans des zones rurales et éloignées, car ils ne sont peut-être offerts qu'auprès de fournisseurs de soins de santé non résidents temporaires, venus par avion. Les temps d'attente pour consulter des spécialistes médicaux non résidents sont souvent longs (89). Certains frais de santé, comme les frais de déplacement pour obtenir l'accès à des services spécialisés, ne sont pas entièrement couverts par le programme des SSNA, et certaines demandes de prestation sont refusées (89). Il y a également parfois des difficultés d'accès aux services de santé dans les zones urbaines, notamment des expériences de racisme et de discrimination et des soins culturellement non sécurisés (72). En outre, chaque province et territoire du Canada dispose d'un ministère des Affaires autochtones. La diversité des instances juridictionnelles et dirigeantes qui supervisent la prestation de services de santé, ainsi que les difficultés qu'éprouvent un patient à s'y retrouver au sein de multiples systèmes de santé, peuvent également constituer des obstacles à l'accès. Les fournisseurs de soins de santé au Canada doivent être sensibilisés aux difficultés importantes auxquelles se heurtent les personnes autochtones de la communauté LGBTQI2+ en matière d'accès aux ressources de santé et de bien-être.



Recommandations

COMMUNICATION INCLUSIVE

RECOMMANDATION 1.0 :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'utiliser un langage inclusif du point de vue des membres de la communauté LGBTQI2+ et une approche de l'anamnèse centrée sur la personne, et d'assurer le respect de la vie privée et la confidentialité pendant les interactions avec toutes les personnes, afin d'être inclusif pour les membres de la communauté LGBTQI2+.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Modéré

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Langage inclusif

La documentation qualitative relève que lorsque les fournisseurs de soins de santé utilisent un langage inclusif en présence de membres de la communauté LGBTQI2+, cela peut leur donner un sentiment accru de sécurité et les rassurer. Le langage inclusif évite d'utiliser des mots, des expressions ou des hypothèses qui excluraient des personnes sans motif (90). En particulier, les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les personnes transgenres, les queers et les autres personnes de la communauté LGBTQ ont déclaré se sentir en sécurité et à l'aise lorsque les fournisseurs de soins de santé utilisaient un langage selon une approche affirmative et évitaient un langage **hétéronormatif**^G et **binaire**^G (91-102). Les participants ont décrit comment ils doivent être appelés par le nom qu'ils ont choisi, ainsi que par le pronom et le titre corrects (M., M^{me} ou M^{xG}), afin de se sentir en sécurité et à l'aise pendant les soins (91, 92, 95, 97, 98, 103-106).

Le langage hétéronormatif désigne l'utilisation d'un langage qui renforce l'hypothèse selon laquelle toutes les personnes sont hétérosexuelles. Le terme hétérosexisme est utilisé dans le cadre de la description des préjugés à l'encontre des personnes qui ne sont pas hétérosexuelles (9). La cisnormativité est l'hypothèse selon laquelle l'identité de genre d'une personne correspond à son sexe biologique. Cette supposition peut entraîner un mégenrage de la personne, par exemple en la désignant par le mauvais pronom ou par d'autres termes genrés. Le langage hétéronormatif qui fait des suppositions sur l'identité de genre ou l'orientation sexuelle des participants a été perçu comme un obstacle aux soins (94, 96, 102, 107-109). Par exemple, lors d'une étude plusieurs personnes ont été mal à l'aise en entendant la question « êtes-vous sexuellement actif? » comme question initiale sur les antécédents et l'activité sexuels, car elle était vue comme une supposition des rapports hétérosexuels et n'offrait pas la possibilité de révéler les partenaires ou l'orientation sexuelle (94).

Le langage binaire résulte d'un système social cisgenre et binaire où les gens sont considérés comme des « hommes » ou des « femmes ». Dans le système binaire cisnormatif de genres, se situer entre les genres ou refuser la binarité des genres n'est pas possible. Le système binaire des genres est rigide et restrictif pour plusieurs personnes dont le sexe attribué à la naissance ne correspond pas à leur identité de genre, ou dont le genre est fluide et non fixe (9). Dans une étude fondée sur des entrevues, les 20 participants transgenres ont tous mentionné l'utilisation du langage binaire et ont éprouvé diverses réactions au langage binaire, notamment un sentiment de frustration et de solitude (91). Dans une autre étude, les participants se sont montrés critiques lorsque les options étaient restreintes à des options binaires (c'est-à-dire homme/femme ou homme-devenu-femme ou femme-devenue-homme) (98).

Aucun inconvénient lié à l'utilisation d'un langage inclusif LGBTQI2+ n'a été signalé dans la littérature.

Approche de l'anamnèse centrée sur la personne

L'**anamnèse**^G centrée sur la personne applique des principes de soins centrés sur la personne à la manière dont les fournisseurs de soins de santé procède à l'anamnèse. Cette approche considère la personne comme un tout et implique l'établissement d'une relation thérapeutique entre la personne, les personnes qu'elle considère comme importantes pour elle et le fournisseur de soins de santé (110). Une approche centrée sur la personne comporte la défense des intérêts, l'autonomisation, le respect mutuel et le fait de comprendre que la personne a le droit de participer librement et activement aux décisions concernant sa santé (110). La documentation qualitative relève que les stratégies de communication impliquant l'utilisation d'une approche de l'anamnèse centrée sur la personne peuvent procurer aux membres de la communauté LGBTQI2+ un sentiment accru de sécurité et les rassurer.

En général, les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les personnes trans et les queers de la communauté LGBTQ se sentent à l'aise et en sécurité lorsque les fournisseurs de soins de santé évitent de poser des questions qui ne sont pas pertinentes pour leurs besoins en matière de soins ou qui sont fondées sur des hypothèses hétéronormatives (92, 94, 96, 97, 100, 101, 107-109, 111, 112). Ce résultat était particulièrement évident en ce qui concerne l'anamnèse de la santé sexuelle, y compris en ce qui a trait aux comportements et aux relations sexuelles (92, 94, 96, 97, 100, 101, 107-109, 111, 112). Trois études ont signalé que les lesbiennes et les femmes bisexuelles, en particulier, avaient de nombreuses mauvaises expériences liées aux suppositions hétéronormatives lorsqu'elles discutaient des antécédents en matière de sexualité, de la contraception et du risque d'infections transmissibles sexuellement (ITS) (100, 107, 109).

Les recherches signalent plusieurs inconvénients liés à l'absence d'une approche de l'anamnèse centrée sur la personne. Il y a par exemple la crainte des participants d'être victimes d'homophobie ou de recevoir des soins de mauvaise qualité (100, 101). Les participants transgenres et non binaires, en particulier ceux qui ne fréquentent pas les cliniques qui s'occupent spécialement des personnes de la communauté LGBT, ont déclaré que, pour des raisons de confidentialité et de sécurité, ils ne répondraient pas à des questions sur le sexe assigné à la naissance par crainte d'une éventuelle discrimination ou même de violence de la part du personnel de l'accueil ou d'autres personnes (98).

Respect de la vie privée et protection de la confidentialité.

Le personnel infirmier a la responsabilité éthique et légale de respecter la vie privée et la confidentialité pendant la prestation des soins (113). Les renseignements sur la santé sont protégés en Ontario en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS) (114). Même si le respect de la vie privée et la confidentialité sont des exigences prévues par la loi en ce qui a trait à la pratique des fournisseurs de soins de santé et des organisations de services de santé, ils jouent un rôle particulièrement crucial dans la prestation de soins aux communautés LGBTQI2+.

Les données qualitatives montrent que les stratégies de communication présentant un niveau renforcé de respect de la vie privée et de confidentialité dans les interactions avec tous les membres de la communauté LGBTQI2+ peuvent améliorer leur impression de sécurité et faire en sorte qu'ils se sentent à l'aise dans leurs interactions avec leur fournisseurs de soins de santé (93-96, 98, 101, 109, 111, 115-118).

Parmi les stratégies permettant d'offrir des soins dans le respect de la vie privée et de la confidentialité, la documentation mentionne les suivantes :

- Faire preuve de transparence et présenter clairement les mesures qui ont été prises en matière de protection de la vie privée et de la confidentialité (95, 111, 115).
- Consacrer du temps lors de la ou des premières visites afin d'établir la confidentialité (111, 115).
- Donner aux personnes la possibilité de refuser la collecte ou le stockage de données (93).
- Être vigilant dans les milieux physiques où les conversations ne sont pas privées ou peuvent être entendues (service des urgences, salles d'attente) (95, 98, 117).

Dans un article de synthèse de données qualitatives portant sur l'expérience des personnes de la communauté LGBT en matière de soins, plusieurs personnes ont fait part de leurs inquiétudes quant aux atteintes à la confidentialité entre elles et le fournisseur de soins de santé, situation qui pourrait conduire le personnel non clinique, les amis et la famille ou la communauté au sens large à découvrir leur orientation sexuelle (118). Les participants transgenres d'une étude par

groupes de discussion ont fréquemment mentionné leur crainte d'une divulgation involontaire ou non sécuritaire de leur identité transgenre dans les salles d'attente (98). Par exemple, les participants transgenres ont été « démasqués » et ont vu leur vie privée divulguée par l'affichage visible de leur nom légal et de leur sexe assigné à la naissance sur les fiches et les dossiers médicaux électroniques (98). Dans un sondage sur les soins, les participants de la communauté LGBT ont souligné l'importance du respect de la vie privée concernant les identités comme un élément central d'une expérience de santé positive (109). De plus, lorsque les participants étaient convaincus que les fournisseurs de soins de santé ne divulgueraient pas les conversations privées, ils étaient plus enclins à discuter ouvertement de leurs problèmes de santé (109). Plusieurs études ont montré que les expériences d'atteintes à la vie privée ou à la confidentialité avaient des effets néfastes sur le bien-être et la sécurité. Ces expériences négatives étaient particulièrement intenses dans les contextes où les relations entre personnes du même sexe sont illégales (109). Les personnes vivant dans ces contextes ont décrit leur crainte que les atteintes à la confidentialité soient étroitement liées au danger de discrimination et au fait de recevoir des soins dans un environnement non encourageant (118).

En général, la fiabilité des données est modérée à cause des préoccupations liées à la façon dont certaines études ont été menées. Le degré de certitude des données est très faible en raison des mêmes préoccupations, ainsi que de l'éventail des interventions décrites et de l'incapacité à proposer une estimation de l'effet.

Pour en savoir plus sur les résultats et le classement des données de chaque élément de la recommandation (communication inclusive, approche de l'anamnèse centrée sur la personne et vie privée et confidentialité), veuillez consulter les profils de données à l'adresse suivante : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Valeurs et préférences

En plus des valeurs et des préférences exprimées dans la section « Avantages et inconvénients » ci-dessus, les études qui ont évalué l'impression qu'ont les participants des questions sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre ont montré qu'ils semblaient disposés à répondre à ces questions d'évaluation (100).

Équité dans l'accès aux soins

Les participants aux études se sont décrits comme appartenant à la communauté LGBTQ, comme pansexuels, asexuels, **queers**^G et **bisexuels**^G. Aucune étude n'a inclus des personnes que se sont décrites comme intersexuées ou bispirituelles. Cette remarque attire notre attention sur une lacune importante dans la documentation.

Les lesbiennes et femmes bisexuelles et queers noires ont décrit comment leurs expériences de communication avec les fournisseurs de soins de santé ont été façonnées non seulement par leur identité sexuelle, mais aussi par leur couleur de peau. Les participantes ont décrit le potentiel d'hétérosexisme, de racisme et de classisme lors des interactions patiente-fournisseur de soins de santé (107).

Conclusions du comité d'experts

Conventionnellement fondée sur la méthode GRADE, cette recommandation a été considérée comme conditionnelle, puisque le degré de certitude des données sur les effets était très faible et la fiabilité était modérée. En se fondant sur l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, y compris les inconvénients de ne pas respecter la recommandation, ainsi que les valeurs et les préférences et l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts est parvenu à un consensus quant à une recommandation forte. Le fait pour les fournisseurs de soins de santé d'utiliser un langage inclusif, d'adopter une approche d'anamnèse centrée sur la personne et de garantir le respect de la vie privée et de la confidentialité aurait des avantages, mais les données sont incertaines. Le fait de ne pas avoir utilisé les stratégies mentionnées dans les données qualitatives et ainsi que par le comité des experts a causé plusieurs inconvénients. Les inconvénients sont l'absence de soins médicaux urgents ou les menaces à la santé mentale. Même si les données sont très peu fiables, les avantages de l'utilisation d'un langage inclusif, d'une approche de l'anamnèse centrée sur la personne, du respect de la vie privée et de la confidentialité l'emportent sur les inconvénients de la non-intervention. En outre, le comité d'experts a relevé des cas de harcèlement, de discrimination et de violence lorsque ces pratiques ne sont pas respectées. Par conséquent, bien que le degré de certitude des données soit faible, le comité d'experts considère que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts

Traditionnellement, les langues autochtones n'avaient pas de pronoms. Le comité d'experts note que les pronoms binaires sont un concept colonial. Les fournisseurs de soins de santé doivent reconnaître que tout le monde n'est pas en mesure d'utiliser un pronom, en particulier les personnes bispirituelles ou autochtones. Certaines personnes préfèrent être appelées par leur nom exact. De même, les pronoms ne sont peut-être pas une notion qui existe dans toutes les langues du monde.

Tableau 9 : Notes de pratique du comité d'experts

COMPOSANTE DE LA COMMUNICATION	DÉTAILS DE LA COMMUNICATION
Langage inclusif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il faut utiliser un langage inclusif à toutes les étapes du processus de soins. ■ L'utilisation du nom et du pronom qui conviennent dépendra du contexte. Par exemple, certaines personnes préfèrent utiliser un nom dans la salle d'attente et un autre nom dans l'intimité du cabinet d'un fournisseur de soins de santé. Il est également primordial de préserver la confidentialité lorsque vous demandez le nom et le pronom qui conviennent. Offrez aux personnes la possibilité d'indiquer leur nom exact et leur pronom en privé (sur papier ou électroniquement), ce qui permet de protéger leur vie privée dans la salle d'attente. ■ Le cas échéant, demandez aux personnes comment elles se définissent (identité de genre et orientation sexuelle) et demandez « Quelle façon de s'adresser à vous préférez-vous? ». Clarifiez la manière dont elles souhaitent être désignées, en particulier si elles se décrivent en utilisant un terme qui est plus couramment utilisé au sein de la communauté LGBTQI2+ que dans la communauté en général ou qui a été historiquement utilisé comme une injure. Par exemple, pour les personnes qui se décrivent comme allosexuelles ou queers. ■ Un langage inclusif pour les personnes qui se décrivent comme lesbiennes, gaies ou bisexuelles consiste à utiliser le terme « partenaire » en lieu et place de « mari » ou « femme », et à ne pas faire de suppositions sur l'identité de genre de la personne qu'elles fréquentent. Cet usage inclut de ne pas faire de suppositions sur l'identité de genre d'un partenaire en fonction de son passé amoureux. Par exemple, le fait qu'une personne a fréquenté quelqu'un qui se décrit comme un homme dans le passé ne signifie pas nécessairement qu'elle le fera à nouveau à l'avenir. ■ Le langage inclusif s'applique aux milieux de la santé familiale et infantile, notamment en utilisant les termes « parent/parentage », ainsi qu'en évitant de parler du sein ou de faire usage de termes binaires ou sexués lorsqu'il est question d'allaitement et de lait pour nourrisson. ■ Voir l'annexe I pour des exemples de pronoms inclusifs.

COMPOSANTE DE LA COMMUNICATION	DÉTAILS DE LA COMMUNICATION
<p>Approche de l'anamnèse centrée sur la personne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lorsque vous posez des questions sur les parties du corps ou le comportement sexuel, veuillez expliquer leur pertinence par rapport aux soins. Autrement, ces questions peuvent sembler déplacées ou intrusives. ■ Les fournisseurs de soins de santé devraient demander aux personnes trans et non binaires comment elles désignent les parties du corps liées au genre, ainsi que leur demander quels termes elles souhaitent qu'ils utilisent. ■ Les fournisseurs de soins de santé doivent savoir que plusieurs outils d'évaluation de la santé valides sont cisnormatifs ou hétéronormatifs, comme l'indice de masse corporelle (IMC) ou le tour de taille, qui sont tous deux des échelles binaires ne comportant généralement que les options « homme » ou « femme ». ■ Soyez sensible au langage sexué ou binaire utilisé en matière de dépistage, en particulier dans le cas de plusieurs cancers. Utilisez un langage inclusif. Par exemple, utilisez « poitrine » ou « haut du corps », en lieu et place de « sein ». Il suffit de nommer l'organe touché au lieu de parler de cancer des organes reproductifs féminins. ■ Les fournisseurs de soins de santé doivent faire preuve de sensibilité lorsqu'ils posent des questions sur les menstruations et être conscients de la dysphorie menstruelle. ■ Voir les ressources d'appui pour un guide de discussion et des ressources pour recueillir une anamnèse sexuelle.
<p>Respect de la vie privée et protection de la confidentialité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afin de renforcer la crédibilité et la confiance lors de l'établissement de relations avec les gens, les fournisseurs de soins de santé peuvent parler de leur expérience de travail auprès de membres de la communauté LGBTQI2+ ou d'autres groupes mal desservis. ■ Les formulaires et les questionnaires doivent contenir de l'information sur l'objectif de la collecte de renseignements personnels et sur la manière dont ceux-ci seront protégés (voir la recommandation 1.1 sur les formulaires et la documentation).

RECOMMANDATIONS

Tableau 10 : Notes de pratique sur les données

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Langage inclusif</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les personnes transgenres et non binaires, l'utilisation du pronom et du nom exacte doit faire partie de toutes les étapes de la rencontre clinique, y compris sur les étiquettes, sur les dossiers et dans les salles d'attente (97, 98). ■ Les personnes transgenres ont décrit des expériences de santé négatives au cours desquelles elles ont été mégenrées et « sorties du placard » et où leur sexe assigné à la naissance a été révélé à une salle d'attente pleine de patients (92). Cette situation a créé un environnement de santé inconfortable et peu sécuritaire (92, 103, 106, 119, 120).
<p>Approche de l'anamnèse centrée sur la personne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est important de ne pas porter de jugement et de se sentir à l'aise lorsqu'on pose des questions sur le sexe, la sexualité et l'activité sexuelle (94, 96, 107). ■ Lorsque c'est pertinent, les personnes de la communauté LGBTQ de trois des études préfèrent que ce soit les fournisseurs de soins de santé qui abordent en premier les questions de santé sexuelle au cours de la rencontre clinique plutôt que d'attendre leur initiative (94, 96, 107). ■ Les partenaires et les membres de la famille devraient être inclus (le cas échéant) dans l'établissement de l'anamnèse et les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+ (93, 101, 109). Poser des questions sur le système de soutien d'une personne peut être une stratégie pour entamer des conversations globales et inclusives dans un cadre clinique.
<p>Respect de la vie privée et protection de la confidentialité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Milieu physique : Le milieu physique nuit parfois à la vie privée et à la confidentialité. Les locaux eux-mêmes doivent donc être propice aux conversations privées. Plusieurs personnes préfèrent les méthodes de collecte de données non verbales, telles que des formulaires imprimés ou électroniques auto-administrés, pendant ou avant la visite médicale (93). ■ Relation thérapeutique : Plusieurs études ont souligné l'importance de garantir le respect de la vie privée et de la confidentialité dans le contexte plus global d'une relation thérapeutique ou d'une alliance de travail entre les membres de la communauté LGBTQI2+ et les fournisseurs de soins de santé (94-96, 101, 115). Ces études soulignent l'importance de la confiance, de l'empathie, de l'établissement d'un lien et de la collaboration. Les participants ont également discuté de l'importance d'une utilisation correcte du contact visuel, du langage corporel réceptif et d'autres formes de communication non verbale. Une synthèse de données qualitatives note l'importance d'être positif et rassurant en cas de révélation de l'orientation sexuelle (101).

RECOMMANDATIONS

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Asian Community AIDS Service. Asian Trans Youth Resource- For Youth [Internet]. Toronto : 2017 [cité le 18 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://issuu.com/asiancommunityaidsservices/docs/english_youth-online</p> <p>Asian Community AIDS Service Asian Trans Youth Resource- For Parents [Internet]. Toronto : 2017 [cité le 18 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://issuu.com/asiancommunityaidsservices/docs/english_parents-online</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deux brochures différentes, l'une pour les jeunes et l'autre pour les parents, toutes deux produites par l'Asian Community AIDS Services. ■ La ressource fournit de l'information sur les idées fausses entourant le fait d'être transgenre, la transition, ainsi que des renseignements sur la stigmatisation et la discrimination, ainsi que sur les pronoms. ■ Également disponible en chinois traditionnel, en chinois simplifié, en coréen et en japonais (non disponible en français).
<p>Barbara, A., Doctor, F. et Chaim, G. Poser les bonnes questions 2 : <i>Parler avec les clients de leur orientation et de leur identité sexuelles dans les établissements de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et les cabinets de counseling</i>. Toronto : 2007. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Offert à l'achat dans : https://store-camh.myshopify.com/products/p167-p170</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le manuel comprend des éléments d'entrevue visant à faciliter la discussion pendant l'évaluation ou au début du traitement. ■ Un formulaire d'évaluation et des questions spécialisées peuvent s'intégrer dans l'évaluation ordinaire de votre organisation. <p>Remarque : cette ressource est associée à des frais.</p>
<p>Association canadienne de santé publique. <i>Réduire la stigmatisation et la discrimination par la protection de la vie privée et de la confidentialité</i> [Internet]. Ottawa (Ontario) : c2017 [consulté le 18 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/confidentialitystigma_f.pdf</p> <p>Association canadienne de santé publique. <i>Comment discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS</i> [Internet]. Ottawa (Ontario) : c2017 [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cpha.ca/fr/comment-discuter-de-sante-sexuelle-de-consommation-de-substances-et-ditss-un-guide-pour-les</p> <p>Association canadienne de santé publique. <i>Le poids des mots</i> [Internet]. Ottawa (Ontario) c2019 [consulté le 19 avril 2021]. https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/language-tool-f.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trois documents en ligne sur : les stratégies de réduction de la stigmatisation et de la discrimination; les ressources en matière de discussions sur la santé sexuelle et les infections transmissibles sexuellement et par le sang; et les questions relatives à la terminologie. ■ Sont également inclus des guides de discussion, de terminologie et de confidentialité.
<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. <i>Norme d'exercice : Code de conduite</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : c2019 [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/59040_code-of-conduct-fr.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le <i>Code de conduite</i> est une norme d'exercice qui décrit les obligations redditionnelles de toutes les infirmières envers la population. Il expose ce que le public est en droit d'attendre et établit les exigences que doivent respecter les membres de la profession d'infirmière.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. <i>Norme d'exercice : Confidentialité des renseignements personnels sur la santé</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : c2019 [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51069_privacy.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit la responsabilité des infirmières et infirmiers en matière de protection de la vie privée des clients et de la confidentialité. ■ Fournit un aperçu des lois et règlements en la matière. ■ Décrit les stratégies dans l'optique d'élaboration et de maintien d'un cadre de pratique de qualité en matière de vie privée et de confidentialité.
<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. <i>Norme d'exercice : La relation thérapeutique, édition 2006</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : c2006 [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Norme d'exercice portant sur la relation thérapeutique infirmier-client, y compris en ce qui a trait à la vie privée et à la confidentialité.
<p>Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario. <i>Santé - organismes</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : c2020 [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.ipc.on.ca/sante-organismes/?lang=fr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit un guide sur la <i>Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i>. ■ Fournit un aperçu des responsabilités des organismes de santé en vertu de cette loi, ainsi que la manière de signaler les atteintes à la vie privée.
<p>Millyard, A. et Gilbert, C. <i>Neutralizing Clinical Language: Working with Gender and Sexual Diversity</i>. 2019 [cité le 29 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://cyndigilbert.ca/wp-content/uploads/2020/05/Neutralizing-Clinical-Language.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des exemples de formulations neutres et non-binaires à utiliser. ■ Fournit des exemples cliniques détaillés.
<p>Commission ontarienne des droits de la personne. <i>Questions et réponses sur l'identité sexuelle et les pronoms</i> [Internet]. [consulté le 30 avril 2021] Accessible sur la page Web : https://www.ohrc.on.ca/fr/questions-et-r%C3%A9ponses-sur-l%E2%80%99identit%C3%A9-sexuelle-et-les-pronoms</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique le cadre juridique relatif aux pronoms en Ontario.
<p>Trans Care BC Provincial Health Services Authority. <i>Gender Inclusive Language</i> [Internet]. Colombie-Britannique : s.d. [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : http://www.phsa.ca/transcarebc/Documents/HealthProf/Gender_Inclusive_Language_Clinical.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide linguistique sur le travail auprès de personnes de la diversité de genre dans le respect des principes de courtoisie, de professionnalisme et d'inclusion. ■ Comprend des formulations à utiliser à la place des termes sexués (par exemple, haut du corps au lieu de sein ou poitrine).

RECOMMANDATION 1.1 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en place une signalisation, des formulaires et une documentation inclusifs pour les membres de la communauté LGBTQI2+.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Modéré

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Signalisation inclusive

La signalisation inclusive comprend des symboles, des panneaux, des affiches et d'autres messages visuels qui aident à signaler aux membres de la communauté LGBTQI2+ que l'organisation de services de santé sera un environnement sécurisé et accueillant. Le drapeau de la fierté, l'indicateur trans ou tout autre symbole d'espace sûr sont des exemples de cette signalisation. La signalétique inclusive peut inclure des supports physiques ou écrits ainsi que la signalétique numérique.

Les données probantes qualitatives relèvent que l'utilisation d'une signalisation inclusive dans les organisations de services de santé peut améliorer le sentiment de sécurité des membres de la communauté LGBTQI2+ et les mettre plus à l'aise avec leur professionnel de santé (92-94, 102, 103, 107, 111, 116, 117, 121, 122). Une synthèse de données probantes qualitatives a révélé que les repères visuels dans l'organisation des services de santé facilitaient la divulgation et le confort (102). Dans une étude, les participantes lesbiennes, gais et bisexuels (LGB) se sont sentis à l'aise, en sécurité, heureux et capables de « pousser un soupir de soulagement » lorsqu'ils ont vu une signalisation inclusive dans l'organisation des services de santé (94). Par ailleurs, quatre études ont mentionné que le matériel de formation sanitaire, y compris les sites Web et les brochures, devrait être inclusif pour les membres de la communauté LGBTQI2+ (102, 107, 117). Un participant a décrit avoir parcouru des brochures contenant des photos de familles qui ne ressemblaient pas à « une famille que je pourrais avoir à l'avenir » (107). La diversification des brochures pour montrer la représentation visuelle de différents types de familles, y compris davantage de personnes de couleur et de personnes homosexuelles, est primordial en matière d'inclusion (107).

Aucun inconvénient n'a été trouvé dans la littérature relative à la signalétique inclusive.



Le comité d'experts a mis en garde contre l'affichage en l'absence d'une mise en œuvre appropriée d'un espace sûr et de processus sous-jacent, y compris la formation de l'ensemble du personnel qui interagit avec les personnes. L'affichage peut être préjudiciable si certains membres du personnel ne sont pas prêts à interagir de manière affirmative avec les membres de la communauté LGBTQI2+. À titre d'exemple, des personnes qui baissent leur garde à la vue d'un signe d'inclusion ont ensuite été confrontées à la discrimination et au risque de traumatisme. Pour en savoir plus sur l'établissement d'espaces sécurisés, voir la **recommandation 2.0**.

Formulaires et documents inclusifs

Les formulaires et les documents inclusifs sont ceux qui reflètent et peuvent saisir correctement l'identité des membres de la communauté LGBTQI2+. Les formulaires et le document inclusifs peuvent s'appliquer à des documents physiques ou écrits ainsi qu'à des formulaires électroniques. En général, les participants ont décrit six domaines de formulaires qui pourraient être adaptés afin d'être inclusifs, non normatifs et non hétéronormatifs. Ces six domaines sont l'orientation, l'identité et l'histoire sexuelles, ainsi que les relations, la reproduction et la vie privée (109).

La littérature qualitative relève que la mise en œuvre de formulaires et de documents inclusifs peut donner aux membres de la communauté LGBTQI2+ un très grand sentiment de sécurité et de confort (91-93, 95, 97, 98, 102, 109, 116, 120, 123, 124). Les formulaires d'admission qui offrent un large éventail d'options au-delà des choix binaires et hétéronormatifs en matière d'identité et d'orientation sexuelles, ainsi que de statut relationnel améliorent le confort et l'expérience de santé globale des membres de la communauté LGBTQI (91-93, 95, 97, 98, 102, 109, 120).

Plusieurs études ont souligné les désagréments des formulaires et les documents qui non pas été adaptés afin qu'ils soient inclusifs. Les participants à plusieurs études ont souligné que les formes traditionnelles de soins de santé communiquent et renforcent l'hétéronormativité et la cisnormativité (91, 92, 95, 98, 109, 123, 124). Dans une étude, les personnes transgenres ont souligné l'environnement négatif créé par les formulaires d'admission traditionnels, d'autant plus qu'ils constituent souvent la première partie de la rencontre clinique (92). Les participants transgenres d'une autre étude ont souligné que les formulaires d'admission constituent une entrave au sentiment d'accueil dans une organisation de services de santé et que beaucoup se sentaient « invisibles »(91).

La fiabilité des données probantes est modérée en raison de préoccupations liées la façon dont les études individuelles ont été réalisées. La certitude des données probantes est très faible en raison de préoccupations liées la façon dont les études individuelles ont été réalisées, la variété des interventions décrites et l'incapacité à identifier une estimation de l'effet.

Pour plus d'information sur les résultats de chaque élément relatif à la recommandation (y compris la signalisation, les formulaires et les documents) et la classification des données probantes, veuillez vous reporter aux profils de données probantes accessibles à l'adresse suivante (en anglais) : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-LGBTQI2+-health-equity>.

Valeurs et préférences

Aucune valeur et préférence supplémentaire n'ont été signalées dans cette littérature. Le comité d'experts a relevé que les individus apprécieraient grandement ces interventions si elles étaient mises en œuvre de manière complète et adéquate.

Équité dans l'accès aux soins

Voir la **recommandation 1.0** pour connaître l'incidence applicable sur l'équité en matière d'accès aux soins. La recherche et le comité d'experts estiment que les impacts sur l'équité en matière d'accès aux soins associés à cette recommandation sont conformes à ceux décrits à la **recommandation 1.0**.

Conclusions du comité d'experts

Cette recommandation aurait pu être un énoncé de pratique exemplaire, mais le comité d'experts a convenu qu'il était important de poser une question relative à la recommandation en matière de compréhension des données probantes du point de vue des membres de la communauté LGBTQI2+ . En outre, ces données probantes peuvent soutenir les organisations de services de santé en fournissant de l'information détaillée sur les stratégies de communication inclusive. Il peut y avoir des avantages lorsque les organisations de services de santé utilisent des formulaires, des documents et une signalisation inclusifs, bien que les données probantes soient incertaines. Des inconvénients ont été associés à l'absence d'utilisation de ces stratégies. La fiabilité des données probantes est modérée, et la certitude est très faible. En général, les avantages de l'utilisation d'une signalisation, de formulaires et de documents inclusifs peuvent l'emporter sur les éventuels inconvénients de l'absence de cette intervention. En outre, le comité d'experts a relevé des cas de harcèlement, de discrimination et de violence lorsque ces pratiques ne sont pas respectées. Par conséquent, malgré la faiblesse de la certitude par rapport aux effets, le comité d'experts considère que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Tableau 11 : Notes de pratique du comité d'experts

COMPOSANTE DE LA COMMUNICATION	DÉTAILS DE LA COMMUNICATION
<p>Signalisation inclusive</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Affichage de la signalisation : Des panneaux sur la porte d'entrée d'une organisation indiquent que tout le personnel est formé et dispense des soins LGBTQI2+ selon une approche affirmative. Si tel n'est pas le cas, les panneaux peuvent être affichés dans des bureaux individuels, des zones ou portés par des professionnels qui sont formés et qui dispensent des soins LGBTQI2+ . ■ La signalisation inclusive doit inclure des panneaux de toilettes indiquant que les personnes trans et non binaires sont les bienvenues. ■ Certains symboles, tels que les icônes et les symboles religieux, peuvent être considérés comme des obstacles aux soins, vu la discrimination historique exercée par certains groupes religieux. Ces symboles doivent être utilisés avec prudence.
<p>Formulaires et documents inclusifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impliquez les membres de la communauté LGBTQI2+ dans le processus de création et de retour d'information sur les formulaires inclusifs. ■ Il est primordial que les formulaires électroniques et papier soient inclusifs. Les dossiers médicaux électroniques doivent être mis à jour régulièrement pour être inclusifs et cohérents. ■ Le sexe attribué à la naissance devrait également figurer dans les documents, avec la possibilité de refuser de répondre. Une autre option consiste à inclure une liste de l'anatomie de la personne et des organes présents afin de garantir un dépistage approprié du col de l'utérus, de la prostate, etc. ■ Les outils permettant de rendre compte de l'expérience des services de santé, y compris les formulaires de plainte, doivent offrir la possibilité de divulguer l'identité et l'orientation sexuelles dans les sections démographiques.

Tableau 12 : Notes de pratique sur les données

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Signalisation inclusive</p>	<p>Choix du signe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les symboles ou signes suivants ont été mentionnés dans les études ou notés par le comité d'experts : <ul style="list-style-type: none"> □ - drapeau arc-en-ciel (93, 94, 102); □ triangle rose d'espace sûr (94); □ drapeau transgenre (103); □ zone sans discrimination (121); □ espace positif (122). ■ Parmi les symboles, une étude a noté que le drapeau arc-en-ciel était le plus reconnu par les participants (94). ■ Veuillez consulter l'annexe J pour des exemples de symboles et d'indicateurs inclusifs. <p>Emplacement du panneau :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dans la littérature, il y avait des divergences quant à l'endroit où un panneau devait être placé. Certains participants ont suggéré que l'indicateur devrait être visible dès qu'une personne entre dans le bureau, tandis que d'autres pensaient qu'il était plus important qu'il soit dans la salle d'examen (94). Le comité d'experts a relevé qu'il serait avantageux d'inclure les panneaux dans les deux zones. ■ Les professionnels de santé qui portaient une signalisation inclusive sur leurs vêtements étaient reconnus comme étant courageux et favorisant plus de confort et la sécurité pendant la rencontre clinique (94). <p>Politiques de non-discrimination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les repères visuels de la promotion du confort et de la sécurité pendant l'interaction clinique devraient inclure des politiques de non-discrimination des minorités sexuelles et de genre explicitement affichées (93). <p>Connaissances et compétences des fournisseurs de soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En plus de la signalisation, les fournisseurs de soins de santé qui ont les connaissances et les compétences nécessaires pour travailler avec les membres de la communauté LGBTQI2+ devraient se faire connaître et être accessibles à celles-ci, notamment en ajoutant cette information aux sites Web des organisations de services de santé, le cas échéant (91, 95, 103).

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Formulaires et documents inclusifs</p>	<p>Formulation des questions afin d'offrir des options plus diversifiées en termes de sexe et de genre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Avoir des sections sur l'identité sexuelle qui comprennent 1) le genre et 2) le sexe attribués à la naissance (92, 98). Dans une étude où l'on a demandé aux participants transgenres s'ils préféreraient une question sur le genre en une ou deux étapes, la plupart ont préféré la question en deux étapes (98). ■ Les formulaires médicaux comprennent des questions pour identifier le nom et les pronoms exacts (116). ■ Il est primordial de donner aux patients la possibilité et droit de refuser de répondre (98, 124, 125). ■ Fournir des espaces vides ou des zones de texte pourrait être utiles aux participants qui n'entrent pas dans des catégories prédéfinies (91, 95) est plus inclusif, en particulier pour les personnes qui s'identifient comme non-binaires ou bispirituelles. ■ Veuillez consulter l'annexe M pour un exemple de formulaire inclusif. <p>Autres considérations relatives à la mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il est primordial d'offrir une formation et un soutien au personnel sur l'importance et l'utilisation des formulaires inclusifs (95). ■ Les formulaires ne peuvent pas être utilisés comme des documents autonomes. Le suivi des échanges sur les éléments du formulaire est capital pour garantir des soins sûrs et inclusifs (109). Une autre étude a souligné que lorsque les fournisseurs de soins de santé se basaient uniquement sur les renseignements de ces formulaires et évitaient de poser des questions sur le langage correct (pronom), ils faisaient souvent des suppositions incorrectes sur le genre et l'expérience des personnes (91). Voir la recommandation 1.0 sur l'approche historique et le langage inclusif. ■ Fournir/présenter des dépliants, des affiches, des brochures et d'autres documents imprimés qui représentent également les membres de la communauté LGBTQI2+ (107, 116, 121).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>National LGBT Health Education Center. <i>Focus on Forms and Policy: Creating an Inclusive Environment for LGBT Patient</i> [Internet]. Boston (MA): c2017 [cité le 18 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2017/08/Forms-and-Policy-Brief.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offre des stratégies et des conseils sur la création d'environnements inclusifs adoptant une approche affirmative à l'égard de la communauté LGBT, avec des détails précis sur les formulaires et les documents relatifs à la santé.
<p>O'Link, R., Hansen, D., Bolt, V., Brochu, P., Cotnoir, G., Webber, J., Imbeau, S., Jaunzarins, B., Hilman, A., Ritz, S. <i>Breaking Down Barriers: A Tool to Address Inequalities in LGBT2-SQ Healthcare in Sudbury, Ontario</i>. Sudbury (Ontario) : n.d. [consulté le 30 avril 2021] Accessible sur le site Web : https://saferspaces.ca/download/breaking-down-barriers-handbook-a-tool-to-address-inequalities-in-sudbury-ontario/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un manuel à l'intention des fournisseurs de soins de santé qui offre une orientation pratique pour l'équité en matière de santé des membres de la communauté LGBTQI2+. ■ Le guide inclut du contenu de communication et un exemple de formulaire inclusif qui pourrait être utilisé.

ESPACES SÉCURISÉS

RECOMMANDATION 2.0 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé la création d'espaces sécurisés pour les membres de la communauté LGBTQI2+ grâce à une approche à plusieurs composantes.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Un espace sûr désigne une organisation de services de santé qui est ouverte et accueillante, où les services sont accessibles et équitables pour les personnes de toutes les identités et de toutes les orientations sexuelles qui reçoivent des services des employés ou les bénévoles de cette dernière (126). Le comité d'experts a choisi d'utiliser le terme « safer spaces » (« espaces sécurisés ») dans l'énoncé de la recommandation afin de souligner la nécessité pour les organisations de services de santé, d'évaluer, d'améliorer et de renforcer en permanence la sécurité de l'organisation. Le comité d'experts prévient qu'un espace véritablement sûr est rare, et l'utilisation du terme « espace sécurisé » tient compte de cette nuance.

Les approches utilisées pour la création des espaces sécurisés varient d'une étude à l'autre, mais toutes les études ont utilisé une **approche à multiples composantes**⁹. Une approche à multiples composantes utilise plus d'une approche ou d'une stratégie de création d'un espace sécurisé. Une approche à multiple composantes comprend, au minimum, deux des stratégies suivantes :

- une politique anti-discrimination (127-133);
- une représentation diversifiée du personnel (134);
- des formulaires d'admission inclusifs (134, 135);
- des activités LGBTQI2+ (135-137);
- un aiguillage vers un service de soutien (138);
- des documents écrits et panneaux (134, 135, 138).



Mise en garde : le comité d'experts a noté que l'utilisation d'affiches et de panneaux inclusifs peut à elle seule être préjudiciable si elle ne s'accompagne pas d'un engagement organisationnel en faveur d'interventions et de formations supplémentaires qui soutiennent la création d'espaces sécurisés pour les membres de la communauté LGBTQI2+. Les organisations de services de santé qui utilisent des symboles ou des signes doivent rendre compte de l'intention de ce symbole ou de ce signe.

Les données probantes suggèrent que des espaces sécurisés dans les organisations de services de santé peuvent améliorer les résultats rapportés en matière de sécurité perçue, d'expérience, de retour des personnes et de représentation. Toutefois, les données probantes sont incertaines. Les données probantes qualitatives provenaient de divers contextes tels que les soins de santé à domicile, les soins de longue durée, les établissements scolaires et les milieux communautaires. Plusieurs conclusions qualitatives primordiales ont été faites en rapport avec les résultats mis en priorité. Dans un espace sécurisé, les participants ont éprouvé un sentiment de communauté, d'acceptation et de confort (135-137, 139-142). En outre, les espaces sécurisés ont facilité l'engagement et la rétention des personnes dans une variété de milieux (139, 140). Les personnes LGBTQ vivant dans des espaces sécurisés ont connu un environnement dans lequel elles se sentaient en sécurité (136, 137, 139-142). Les

espaces sécurisés représentent diverses identités au-delà de LGBTQI2+, y compris les races, les ethnicités et les statuts socio-économiques, en étant inclusifs et affirmatifs (134, 135, 141).

Deux études étaient spécifiquement axées sur les adultes âgés et les espaces sécurisés (135, 137). Les personnes âgées LGBT résidant dans des établissements de soins de longue durée ont exprimé leur besoin de se sentir en sécurité et acceptées, ainsi que le souhait d'être « elles-mêmes » (137). Les personnes âgées ont été attirées par le confort et la facilité de leur environnement LGBT, où l'on perçoit la sécurité, la suppression de la négativité et la vie hors du placard (135). Les considérations propres à la création d'espaces sécurisés pour les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée sont détaillées dans le **tableau 14** ci-dessous.

Les données probantes quantitatives ont été collectées exclusivement en milieu scolaire. Les résultats suggèrent que la création d'un espace sécurisé par le biais d'une approche à multiples composantes peut améliorer la sécurité des personnes, mesurée par la victimisation homophobe, la peur due à l'insécurité et les remarques homophobes (127-133, 138, 143-148, 370, 371) et le retour des personnes, mesuré par les cours manqués (128, 129, 132, 144). D'autres données probantes ont été recherchées dans les études réalisées dans d'établissements scolaires, car les recherches quantitatives réalisées exclusivement les établissements sanitaires étaient très limitées. Étant donné que des infirmières et infirmiers travaillent dans les écoles et que les interventions de santé communautaire peuvent avoir lieu dans les écoles, le comité d'experts a noté qu'il pouvait y avoir des similitudes entre la façon dont les organisations de services de santé et les écoles créent des espaces sécurisés.

Aucune des études incluses n'a signalé d'inconvénients ou d'effets indésirables résultant de la création d'un espace sécurisé.

La fiabilité des données probantes est faible et a été déclassée en raison de limitations dans la façon dont les études individuelles ont été réalisées et de l'adéquation des données. La certitude globale des données probantes de tous les résultats est très faible. La certitude de l'ensemble des données probantes relatives à cette recommandation était très faible en raison de graves limites dans la manière dont les études ont été réalisées et de préoccupations mineures relatives à l'éventail des contextes et des interventions. Pour plus d'information sur l'incidence des espaces sécurisés sur les résultats priorisés (expérience des personnes, sécurité perçue des personnes, rétention/retour des personnes, et représentation des personnes et des fournisseurs de soins de santé), les résultats qualitatifs et la notation des données probantes, veuillez vous référer aux profils de données probantes accessibles ici (en anglais): <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Valeurs et préférences

Une étude (135) a signalé que les personnes vivant dans des maisons de soins de longue durée spécifiques aux personnes LGBT souhaitaient vivre dans des communautés ouvertes, affirmatives et diverses. Le comité d'experts a considéré que la diversité incluait la diversité raciale et ethnique, ainsi que l'inclusion de personnes âgées non sexuellement minoritaires (135).

Équité dans l'accès aux soins

Les études ont inclus des participants de diverses orientations et identités sexuelles. Toutefois, aucune de ces études n'incluait des personnes intersexuées. Une seule étude comprenait une personne qui s'identifiait comme bispirituelle (140). Plusieurs de ces études comprenaient des participants de races et d'ethnies diverses (128, 129, 135, 136, 139, 141, 148).

Conclusions du comité d'experts

Conventionnellement fondée sur la méthode GRADE, cette recommandation aurait été votée conditionnelle puisque la certitude des données probantes des effets était très faible et que leur fiabilité était faible. En se fondant sur l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, y compris les inconvénients de ne pas respecter la recommandation, ainsi que les valeurs et les préférences et l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts est parvenu à un consensus quant à une recommandation forte. La création d'espaces sécurisés par les organisations de services de santé peut présenter des avantages et diminuer les inconvénients. Le comité d'experts a également souligné les éventuels inconvénients relatifs à l'absence de création d'un espace sécurisé, notamment les effets négatifs sur la sécurité des personnes et leur volonté de se faire soigner. Le comité d'experts a estimé que les membres de la communauté LGBTQI2+ apprécieraient grandement des espaces sécurisés comme base d'une prise en charge sûre et affirmée. Par conséquent, en dépit de la très faible certitude et de la faible fiabilité des données probantes, le comité d'experts a déterminé que la force de la recommandation était forte en raison du potentiel d'inconvénients de l'absence d'espaces sécurisés.

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts

- Pour la création des espaces sécurisés, les organisations doivent adopter une approche intersectionnelle. Pour ce faire, elles ont l'obligation de s'assurer que des espaces sécurisés sont créés non seulement pour les membres de la communauté LGBTQI2+, mais également avec leur identité croisée en tête, notamment personnes BIPOC et handicapées. Veuillez consulter le **cadre d'intersectionnalité** à la page 34 pour plus d'information sur l'intersectionnalité.
- Les organisations ont besoin de stratégies d'amélioration continue de la qualité, y compris une revue interne des pratiques actuelles, des entraves et des facilitateurs, ainsi qu'une formation et une évaluation permanentes. Tout le personnel de l'organisation, y compris le personnel permanent, à contrat et bénévole, devrait en bénéficier. Étant donné que ce sont les membres de la communauté LGBTQI2+ qui déterminent si un lieu est sécurisé, l'évaluation doit inclure les commentaires des membres de la communauté LGBTQI2+ par le biais de mesures telles que des groupes d'échange et de sondages.
- Les organisations de services de santé devraient suivre un cadre de mise en œuvre et disposer de processus d'amélioration continue de la qualité lorsqu'elles créent des espaces sécurisés. Voir à l'**annexe N** une description de la *Leading Change Toolkit*^{MC}, qui décrit également le cadre conceptuel du passage de la connaissance à la pratique (19).
- La création d'espaces sécurisés ne doit pas être la seule responsabilité du personnel de LGBTQI2+. Tous les membres de l'équipe interprofessionnelle (y compris la direction générale) devraient plutôt en être aussi responsables. Il est primordial d'inclure les comités consultatifs des membres de la communauté et de leurs familles ainsi que les intervenants communautaires externes dans la création de lieux sécurisés.
- Veuillez consulter les groupes de défense de la communauté locale LGBTQI2+ dans la sélection des symboles et des indicateurs à utiliser par les organisations, car les contextes locaux peuvent varier.
- Les organisations de services de santé et les écoles peuvent promouvoir et célébrer les membres de la communauté LGBTQI2+ grâce à des événements particuliers. Les événements spéciaux peuvent comprendre le mois des fiertés, la « journée de silence » (les étudiants participants refusent de parler pendant une journée afin d'attirer l'attention sur le silence culturel qui entoure les questions LGBTQ), le « bal des finissants de la fierté ou de l'arc-en-ciel », la journée des chemises roses, la journée nationale de la révélation de son identité sexuelle, la journée de commémoration des transgenres, la journée internationale contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie, la journée du rose, etc.
- D'autres composantes possibles de lieux sécurisés peuvent comprendre ce qui suit :
 - **Toilettes** : Les espaces sécurisés doivent avoir un accès digne et respectueux aux salles de bain des personnes transgenres et non-binaires. En outre, le personnel d'accueil ou le personnel situé à proximité des salles de bains inclusives des personnes transgenres et non binaires doit être formé afin de répondre rapidement aux questions, préoccupations ou réclamations relatives à ces salles de bains. Les toilettes inclusives comprennent l'élimination appropriée des produits d'hygiène.
 - **Plaintes et relations publiques** : Les organisations de services de santé doivent établir des voies claires pour les réclamations et veiller à ce que les équipes chargées des relations publiques ou des réclamations soient bien informées des problèmes des membres de la communauté LGBTQI2+ et des obstacles aux soins.
 - **Liste des fournisseurs de soins de santé** : Dans les établissements de santé offrant des services de conseil ou d'autres établissements offrant une relation à long terme entre la personne et le fournisseur de soins de santé, les organisations doivent dresser une liste des membres du personnel qui ont les connaissances, les compétences et l'aisance nécessaires pour travailler avec différentes populations LGBTQI2+, et il faut demander aux personnes des communautés LGBTQI2+ si elles aimeraient être mises en relation avec des conseillères et conseillers ayant l'expérience voulue. Les organisations peuvent également offrir au personnel un moyen de faire connaître les fournisseurs de soins de santé appartenant à la communauté LGBTQI2+.

Tableau 13 : Notes de pratique sur les données probantes

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Politique de lutte contre la discrimination</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dix études ont signalé l'utilisation de politiques de lutte contre la discrimination dans le cadre de la création d'espaces sûrs (127-133, 135, 140). ■ Les politiques de lutte contre la discrimination reflètent les valeurs de l'établissement, le climat organisationnel et la culture d'une organisation (140). ■ Les politiques de lutte contre la discrimination ont été élaborées en conformité avec les principes d'équité et les philosophies anti-oppressives où la diversité est implicitement une valeur fondamentale (134). Les politiques étaient conformes aux organismes de financement ou d'agrément et conçues pour répondre aux exigences de la législation (c'est-à-dire les droits de la personne, l'emploi, les ressources humaines) (134).
<p>Représentation diversifiée du personnel</p>	<p>Une étude a suggéré que le recrutement de membres de la communauté LGBTQ était un élément clé en matière de maintien des espaces sûrs LGBTQ dans les organisations (134). Lorsque le personnel LGBTQ est présent dans une agence à tous les niveaux de l'organisation, cette présence a des effets positifs dans le cadre de la divulgation d'information par les clients (134).</p>
<p>Formulaires d'admission inclusifs</p>	<p>Deux études recommandent l'utilisation de formulaires d'admission inclusifs comme élément de la création d'espaces sûrs (134, 135). Pour plus d'information, voir la recommandation 1.0.</p>
<p>Documents et panneaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trois études ont souligné l'importance de la représentation des personnes LGBTQ sur les supports écrits et les signes figurant sur les documents scolaires ou organisationnels et dans les locaux (134, 135, 138). ■ Les actions qui contribuent à la création des lieux plus sécurisés comprennent une attention intentionnelle et consciente pour refléter les seniors LGBT dans tout matériel créé et/ou publié par une organisation (135).

RECOMMANDATIONS

Tableau 14 : Notes pratiques tirées des données probantes relatives aux personnes âgées et aux lieux sécurisés

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
Formation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plusieurs fournisseurs de soins de santé ne connaissent pas la réalité des personnes âgées LGBT résidant dans des foyers de soins de longue durée et leur expérience du sentiment de marginalisation et d'isolement. Une étude a souligné la nécessité d'accorder la priorité à la sensibilisation à cette question auprès des organisations de services de santé qui offrent des soins à domicile personnes âgées LGBT (137). ■ Voir les recommandations 5.0 et 5.1 sur la formation des fournisseurs de soins de santé et des étudiants en médecine.
Programmes consacrés aux personnes LGBT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deux études soulignent que les événements consacrés aux personnes LGBTQ, tels que le mois de la fierté, donnent aux résidents un sentiment d'appartenance et de soutien dans les établissements de soins à domicile pour les personnes âgées (135, 137). ■ Les organisations de soins de longue durée ou de soins à domicile peuvent proposer des activités où les résidents LGBT et hétérosexuels/cisgenres peuvent se rencontrer, ainsi que des activités spécifiques aux LGBT, telle que l'organisation de séances exclusives d'échange d'expériences (137).
Mesures de communication exclusive	<ul style="list-style-type: none"> ■ Affichage de symboles LGBT connus, tels que des drapeaux arc-en-ciel, autour des établissements de soins dans les lieux publics (137). ■ Communication et diffusion des documents d'information sur la diversité sexuelle (137). ■ Le personnel peut manifester son soutien aux résidents LGBT en portant des badges roses pour montrer son engagement à assurer un sentiment de sécurité et d'inclusion aux personnes âgées LGBT (137).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
City of Toronto Long-Term Care Homes & Services. <i>LGBT Tool Kit: Creating Lesbian, Gay, Bisexual and Trans Inclusive and Affirming Care and Services Toronto</i> , (Ontario) : 2017. Accessible sur demande : https://clri-ltc.ca/resource/lgbt-tool-kit/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un aperçu des pratiques exemplaires pour une pratique, un processus et une initiative prometteurs au sein des foyers et services de soins de longue durée ainsi que d'autres organisations. ■ La boîte à outils comprend de l'autoformation et de l'auto-réflexion. <p>Remarque : la boîte à outils est accessible gratuitement, mais sur demande.</p>
Hamilton Family Health Team. <i>Is your space positive?</i> Hamilton (Ontario) : 2015 Accessible sur la page Web : https://docs.hamiltonfht.ca/dsweb/Get/Document-2926	<ul style="list-style-type: none"> ■ Simple feuille d'une page pour vérifier si une organisation de services de santé est ouverte aux personnes de toutes orientations et identités sexuelles.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Daley, A., MacDonnell, J.A. et St. Pierre, M. <i>LGBTQI Communities and Home Care in Ontario: Project Report</i>. Toronto (Ontario) : Université de York. 2016. Accessible sur la page Web : http://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/31416</p> <p>Daley, A., MacDonnell, J.A. et St. Pierre, M. <i>Queering Home Care [Patient values statement]</i> Toronto, (Ontario) : Université de York. 2016. Accessible sur la page Web : https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/32044</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un rapport de projet de trente-six pages comprenant un cadre convivial d'accès et d'équité en matière de soins à domicile pour les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels, les transgenres, les bispirituels, les homosexuels et les intersexués (LGBTQI), créé à partir des résultats de la recherche. ■ <i>Queering Home Care</i> offre un résumé d'une page des valeurs des personnes LGBTQI en matière de soins à domicile.
<p>Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. <i>A Home for All: Making Long-Term Care Welcoming for LGBTQI2S+ People</i>. Toronto (Ont.) : 2019 Accessible sur la page Web : 20190816_A-Home-For-All-Resource-Package.pdf (clri-ltc.ca)</p> <p>Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. <i>Supporting The Rainbow Community: A Home For All Webinar</i>. 2019 [cité le 29 avril 2021] Accessible sur la page Web : https://clri-ltc.ca/resource/homeforallwebinar/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document d'information et webinaire d'accompagnement du Centre d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. ■ Stratégies et ressources détaillées pour faire de l'offre de soins de longue durée un espace sécurisé.
<p>Ontario Public Health Association. <i>A Positive Space Is A Healthy Place</i> [Internet]. Toronto (Ontario); c2011 [cité le 21 avril 2020]. Accessible sur la page Web : https://opha.on.ca/getmedia/125e32e7-f9cb-48ed-89cb-9d954d76537b/SexualHealthPaper-Mar11.pdf.aspx?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manuel de transformation de centre de santé communautaire, d'unité de santé publique ou d'organisme communautaire inclusif des personnes de toutes orientations et identités sexuelles.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>The 519 Resources. <i>LGBTGQ2S Playbook</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : c2020 [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.the519.org/education-training/training-resources/our-resources/inclusion-playbook</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide de l'inclusion LGBTQ2S. ■ Conseils pour les travailleurs de la santé dans les services de santé et les services sociaux aigus, primaires et communautaires pour favoriser des lieux inclusifs pour les communautés et les personnes LGBTQ2S.
<p>Veltman A, La Rose T. « LGBTQ mental health: What every clinician needs to know ». <i>Psychiatrics Times</i>. 2019:21-3. Accessible sur la page Web : https://www.psychiatrictimes.com/view/lgbtq-mental-health-what-every-clinician-needs-know</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Article consacré à la santé mentale des personnes LGBT. ■ Comprend des exemples précis pour être une alliée ou un allié et créer un lieu sécurisé.



RECOMMANDATION 2.1 :

Le comité d'experts recommande aux écoles la création d'espaces sécurisés pour les élèves, notamment des alliances des genres et de la sexualité (AGS).

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Modéré

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Un espace sûr dans les écoles est un espace dans lequel toute personne (élèves, personnel et parents) se sent accueillie, en sécurité et respectée. Les alliances de genre-sexualité (AGS) sont des clubs scolaires au sein desquels les élèves peuvent débattre et s'informer sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Elles sont structurées comme tout autre groupe scolaire, avec un conseiller pédagogique et des réunions régulières. Toute personne est la bienvenue : les élèves bispirituels, lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, queers et ceux qui s'interrogent sur leur identité sexuelle, ainsi que les étudiants hétérosexuels et cisgenres, les élèves des familles avec membres de la communauté LGBTQI2+ et ceux qui n'ont pas ou n'ont pas besoin d'une étiquette pour leur orientation ou leur identité sexuelle (149). Une alliance genre-sexualité est un nom plus inclusif que le terme « association fondée sur une alliance entre homosexuels et hétérosexuels », qui peut également être utilisé. Le comité d'experts a choisi d'utiliser le terme « safer spaces » (« espaces sécurisés ») dans l'énoncé de la recommandation afin de mettre en exergue la nécessité pour les écoles d'évaluer, d'améliorer et de renforcer en permanence la sécurité de l'organisation. Le comité d'experts prévient qu'un espace véritablement sûr est rare, et l'utilisation du terme « espace sécurisé » tient compte de cette nuance.

La composante la plus courante d'un lieu sécurisé dans l'environnement scolaire était les alliances genre-sexualité (127-132, 136, 138, 142, 145, 147, 148, 150-153, 370, 371). Les autres composantes des lieux sécurisés en milieu scolaire sont les suivantes :

- politiques de lutte contre le discrimination ou l'intimidation (127, 128, 130-133, 138, 144);
- salles de bain ou vestiaires non sexistes (143, 150, 154);
- signalisation inclusive (138);
- le rôle primordial des formateurs et du perfectionnement professionnel (138).

Les données probantes laissent penser que des lieux plus sécurisés dans les écoles peuvent améliorer les résultats signalés en matière de sécurité perçue, de retour des étudiants et de leur expérience. La majorité des seize études quantitatives ont signalé une amélioration de la sécurité perçue dans les lieux sécurisés en milieu scolaire (127-133, 138, 143-148, 370, 371). Quatre études ont signalé le retour des étudiants, mesuré par l'absentéisme scolaire (assiduité) (128, 129, 144). Dans trois de ces études, les alliances genre-sexualité ou les politiques de lutte contre l'intimidation ont permis l'amélioration de l'assiduité (128, 129, 144).

Dans la majorité des études, seule la présence des alliances genre-sexualité suffisait pour conférer des avantages aux étudiants, fussent-ils membres du groupe ou non (127-130, 132, 138, 145). Une étude de 2019 a évalué la relation entre la durée de la présence d'une alliance genre-sexualité dans une école et la sécurité perçue au niveau de l'école parmi les étudiants LGB (147). La sécurité perçue au niveau de l'école par les étudiants LGB augmente avec la durée de l'existence d'une alliance genre-sexualité en milieu scolaire (147). D'autres composantes d'un lieu plus sécurisé en milieu scolaire sont détaillées dans les « Notes de pratiques » ci-dessous.

Dans les études qualitatives, les membres de la communauté LGBTQ ont décrit le rôle important des alliances genre-sexualité dans la création d'un sentiment de sécurité, de communauté, de soutien par les pairs et de défense des communautés LGBTQ. Les impacts positifs de l'alliance genre-sexualité ont transcendé le groupe, se sont étendus à l'ensemble de l'école et ont offert un lien avec la grande communauté LGBTQ (136, 142, 150-154). Les jeunes membres de la communauté LGBTQ du niveau secondaire ont décrit l'importance de la présence de salles de bain non mixtes afin de faciliter un environnement scolaire sûr et de créer un sentiment d'inclusion (150, 154). Les membres de la communauté LGBTQ qui participaient aux alliances genre-sexualité des écoles secondaires ont exprimé des sentiments de sécurité, non seulement au sein de ces groupes mais aussi dans le contexte scolaire en général (136, 154).

Certaines expériences négatives ont été notées dans la littérature qualitative relative aux alliances genre-sexualité. Par exemple, les membres de l'alliance genre-sexualité ont vu leurs affiches de promotion des événements scolaires LGBT dans leur école être vandalisées (136). Certains étudiants ont déclaré que leur participation à une alliance genre sexualité avait provoqué un retour de bâton, rendant visible une partie de l'hostilité cachée envers les étudiants LGBTQ (136). Certains étudiants ont également été victimes de harcèlement verbal et de violence physique de la part de leurs camarades, des formateurs, des administrateurs de l'école et des parents (136).

La certitude globale des données probantes est faible. La certitude des données probantes a été revue à la baisse à cause des graves préoccupations liées à la façon dont les études individuelles ont été réalisées et de l'incohérence dans la façon dont les résultats ont été mesurés. La fiabilité des données probantes est faible à cause de certaines préoccupations liées à la façon dont les études individuelles ont été réalisées et l'adéquation des données. Pour plus d'information sur les effets des lieux sécurisés en milieu scolaire sur les résultats prioritaires (expérience des étudiants, leur sécurité perçue et leur rétention/retour), veuillez consulter les profils de données probantes accessibles ici (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Valeurs et préférences

Les participants membres de la communauté LGBT ont déclaré vouloir que leur alliance genre-sexualité favorise un environnement scolaire propice aux personnes membres de la communauté LGBTQ (155). Des données probantes qualitatives suggèrent que les alliances genre-sexualité sont très appréciées de l'effectif étudiant (142, 151-153). L'effectif étudiant préfère les salles de bains sans distinction de sexe ou à une seule cabine (154).

Équité dans l'accès aux soins

Les participants avaient des orientations et des identités sexuelles diverses, mais les personnes noires, autochtones et racialisées étaient sous-représentées dans certaines études. Les études comprenaient une représentation diversifiée de participants provenant d'une variété de lieux géographiques (urbains et ruraux) et/ou de conditions socio-économiques.

Conclusions du comité d'experts

Conventionnellement fondée sur la méthode GRADE, cette recommandation aurait été votée conditionnelle puisque la certitude de la preuve des effets était faible et leur fiabilité était modérée. En se fondant sur l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, y compris les inconvénients de ne pas respecter la recommandation, ainsi que les valeurs et les préférences et l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts est parvenu à un consensus quant à une recommandation forte. La création de lieux sécurisés peut être avantageuse dans les écoles. La non-crétion de lieux sécurisés peut être néfaste. Dans l'ensemble, les avantages de l'intervention l'emportent sur les inconvénients éventuels de la non-application de cette dernière. Les inconvénients éventuels de la non-application de l'intervention comprenaient des effets négatifs sur la santé mentale et réduisait considérablement les taux d'assiduité à l'école. Le comité d'experts a également noté que les lieux plus sécurisés étaient avantageux pour les personnes qui ne font pas partie de la communauté LGBTQI2+ (c'est-à-dire les élèves hétérosexuels et cisgenres). Par conséquent, malgré que la certitude des données probantes soit faible, le comité d'experts considère que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts

- Les lieux sécurisés dans les écoles doivent faire appel à une approche à multiples composantes. Cette approche requière au minimum une alliance genre-sexualité et au moins un élément supplémentaire mentionné ci-dessus.
- Les écoles financées par les fonds publics (laïques ou non) ainsi que les écoles indépendantes et privées sont tenues de se conformer aux lois sur les droits de la personne des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral au Canada. Les écoles et/ou leurs représentants ne peuvent pas pratiquer de discrimination à l'encontre d'un élève à cause de son orientation, de son identité de genre ou de son expression de genre.
- Un environnement d'apprentissage sain, sûr et inclusif où tous les étudiants se sentent acceptés est primordial pour que les étudiants s'épanouissent, apprennent et réussissent.
- Les écoles peuvent doter les étudiants des connaissances, des compétences, de l'attitude et des valeurs nécessaires afin d'aborder le monde et les autres avec un esprit critique. Les écoles peuvent également aider les étudiants à développer un esprit critique qui leur permette d'agir en matière de création des lieux équitables et inclusifs dans leurs écoles et leurs communautés, des lieux qui comprennent les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, transsexuelles, intersexuelles et celles qui s'interrogent sur leur identité sexuelle (LGBTTIQ) (156).
- Une approche globale de l'école identifie le rôle vital du gouvernement, des formateurs, du personnel scolaire, des parents, des étudiants et de la communauté au sens large dans la création d'un climat scolaire positif et la prévention des comportements négatifs tels que les intimidations, les agressions sexuelles, la violence sexiste et les incidents d'homophobie, de transphobie ou de biphobie (156).
- Le comité d'experts a noté que la création de lieux sécurisé dans les écoles ne devrait pas toujours incomber aux enseignants et aux administrateurs. Les infirmières et infirmiers scolaires et hygiénistes, ainsi que ceux de soins primaires et de soins communautaires, ont un rôle crucial à jouer et peuvent être en mesure de plaider, en particulier, en faveur de salles de bains non mixtes et des alliances genre-sexualité. Ils peuvent également sensibiliser les familles sur les avantages de ces initiatives.
- Le comité d'experts a également noté que la responsabilité de diriger les alliances genre-sexualité ou d'autres composantes des espaces sûrs ne doit pas toujours être confiée au personnel scolaire membres de la communauté LGTBQI2+, car cette responsabilité peut être lourde.

Information déduite des données probantes :

- La création d'un climat scolaire sûr passe notamment par la désignation d'une personne de référence dans l'école pour les questions relatives aux étudiants de la communauté LGBT, ainsi que par la mise en place d'une formation professionnelle sur les questions relatives à ces derniers et l'inclusion des membres de la communauté LGBT dans le programme d'études et le climat scolaire (138).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p><i>Loi de 2012 pour des écoles tolérantes</i>, projet de loi 13 de l'Assemblée législative de l'Ontario [Internet]. [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-40/session-1/projet-loi-13</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La présente loi exige que les conseils scolaires de l'Ontario élaborent et mettent en œuvre une politique en matière d'équité et d'éducation inclusive. ■ La présente loi exige que les conseils scolaires utilisent les sondages pour recueillir les renseignements sur leurs élèves et sur leur personnel enseignant, parents et tuteurs légaux au moins tous les deux ans. ■ Cette loi requière la création des programmes de développement professionnel aux écoles : les conseils scolaires sont tenus d'établir et d'offrir des programmes annuels de développement professionnel pour la formation des enseignants et d'autres membres du personnel du conseil sur la prévention de l'intimidation et des stratégies de promotion d'un climat scolaire positif.
<p>EGALE Canada « Equity and Inclusive Education Resource Kit for Ontario High Schools ». Dans : <i>Egale Canada</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : [date inconnue]. Accessible sur la page Web : https://egale.ca/wp-content/uploads/2015/09/MyGSA_ON_Resource_CompleteKit.pdf</p> <p>« Every Class in Every School: The first national climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian schools. Final Report ». Dans : <i>Egale Canada</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : 2011. [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://egale.ca/awareness/every-class/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trousse documentaire en matière d'équité et d'inclusion des écoles secondaires de l'Ontario. ■ Ressource canadienne des espaces sûrs dans les écoles, y compris un guide complet et détaillé sur les ASG. ■ Trousse documentaire en matière d'équité et d'inclusion des écoles secondaires de l'Ontario. <p>Remarque : certaines ressources sont payantes, mais la plupart sont offertes sans frais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rapport canadien sur les expériences scolaires des étudiants de sexe et de genre différents.
<p>Gay, Lesbian, Straight Education Network (GLSEN) [Internet]. New York (NY). [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.glsen.org/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources pour les écoles, les formateurs et les étudiants ■ Le GLSEN donne des conseils aux étudiantes et étudiants membres de la communauté LGBTQ, y compris ceux ayant d'autres identités intersectionnelles (par exemple, les étudiants handicapés ou ceux qui sont BIPOC), les défend et recherche des politiques complètes conçues pour leur protection.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Genovese, M., Rousell, D. <i>The Two Spirit Circle of Edmonton Society</i> [Internet]. <i>Safe and Caring Schools for Two Spirit Youth</i>; Edmonton (AB): c2011 [cité le 3 mai 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.teachers.ab.ca/SiteCollectionDocuments/ATA/For%20Members/ProfessionalDevelopment/Diversity-Equity-and-Human-Rights/Safe%20and%20Caring%20Schools%20for%20Two-Spirited%20youth.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un guide pour les étudiants et le personnel enseignant de création des écoles sécuritaires et bienveillantes pour les jeunes bispirituels.
<p>Gouvernement du Manitoba. <i>Education. Safe and Caring Schools</i> [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : s.d. [cité le 3 juillet 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.edu.gov.mb.ca/k12/safe_schools/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web présentant des ressources et des guides de création d'écoles sécuritaires et bienveillantes. ■ Comprend des conseils particuliers pour les étudiants transgenres et ceux dont le genre est différent.
<p>Safe@school [Internet]. Toronto (Ontario) : 2013. [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.safeatschool.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprend la formation et les ressources sur les espaces sûrs à l'école pour les formateurs et les apprenants, en mettant l'accent sur la prévention de l'intimidation.
<p>National Association of GSA Networks. <i>GSA Advisor Handbook</i> [Internet]. c2011. [consulté le 29 avril 2021] Accessible sur le site Web : https://gsanetwork.org/wp-content/uploads/2018/09/GSA_Advisor_Handbook-web.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manuel détaillé du conseiller d'ASGA comprenant le leadership, l'animation, les activités et l'information de base sur les ASG. ■ Comprend également des informations sur la durabilité et l'inclusion.
<p>Ontario Council of Agencies Serving Immigrant Positive Spaces Initiative. <i>Support LGBTQIA+ newcomers</i> [Internet]. [consulté le 30 avril 2021] Accessible sur le site Web : http://positivespaces.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprend des ressources et un outil d'évaluation en matière de guide des organisations afin de rendre leur espace positif et sûr pour les immigrants et les nouveaux arrivants LGBTQI+.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p><i>L'enseignement des droits de la personne en Ontario: Guide pour les écoles de l'Ontario.</i> Commission ontarienne des droits de la personne, 2013. [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.ohrc.on.ca/fr/l%E2%80%99enseignement-des-droits-de-la-personne-en-ontario-guide-pour-les-%C3%A9coles-de-l%E2%80%99ontario</p> <p>Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur l'IDENTITÉ SEXUELLE et l'EXPRESSION DE L'IDENTITÉ SEXUELLE. Commission ontarienne des droits de la personne, 2014. Toronto (Ontario) : 2014 [cité le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Policy%20on%20preventing%20discrimination%20because%20of%20gender%20identity%20and%20gender%20expression_FR.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un guide de 114 pages pour l'enseignement des droits de la personne dans les écoles ontariennes. ■ Document de politique de la Commission ontarienne des droits de la personne sur la prévention de la discrimination fondée sur l'identité sexuelle et l'expression de l'identité sexuelle.
<p>Pride Education Network [Internet]. Colombie-Britannique (CB). [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.pridenet.ca/resources</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources de la Pride Education Network pour les formateurs sur la création et le soutien d'une ASG (édition 2017). ■ Fondée par des formateurs et des porte-paroles qui valorisent l'importance d'un établissement scolaire inclusif, sûr et respectueux envers tous les apprenants.
<p><i>Discipline progressive et promotion d'un comportement positif chez les élèves, Ministère de l'Éducation de l'Ontario. Comportement des apprenants</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : 2018. [consulté le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : http://www.edu.gov.on.ca/extra/fre/ppm/145.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Note d'orientation de 26 pages sur la discipline progressive ainsi que la promotion et le soutien du comportement positif des apprenants.

ÉVALUATION DES RISQUES ET DÉPISTAGE

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'effectuer une évaluation des personnes appartenant à la communauté LGBTQI2+ afin de détecter les facteurs qui pourraient les exposer à un risque accru de problèmes de santé particuliers. Les fournisseurs de soins de santé doivent suivre les directives de dépistage établies, selon les disponibilités et en fonction de l'anatomie actuelle de la personne.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (13). Plusieurs lignes directrices établies permettant aux fournisseurs de soins de santé de dépister différentes affections existent et une revue systématique de la littérature n'a pas été jugée nécessaire ou faisable pour les présentes LDPE. Toutefois, les fournisseurs de soins de santé doivent connaître la présente ligne directrice afin d'offrir des soins complets aux membres de la communauté LGBTQI2+. Cet énoncé de pratique exemplaire s'applique à tous les lieux de pratique où des personnes peuvent faire l'objet d'un dépistage ou être orientées vers un dépistage, en particulier dans les établissements de soins communautaires et primaires.

Les lignes directrices de dépistage doivent être suivies lorsqu'elles sont disponibles et en fonction de l'anatomie de la personne et des organes pertinents présents. Il est recommandé que les fournisseurs de soins de santé procèdent à une évaluation des facteurs de risque auprès des personnes 2SLGTBQI dans le cadre des soins primaires de routine ou lorsque nécessaire. Le **tableau 15** donne un aperçu des affections spécifiques et des lignes directrices de dépistage disponibles. Des lignes directrices établies en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer de la poitrine ou du sein, du cancer col de l'utérus et du cancer du poumon, du diabète, de l'hypertension et des **infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)^G** sont disponibles. Il convient de respecter les préférences individuelles en matière de langage lié au dépistage. Voir la section de la mise en garde ci-dessous.



Mise en garde : soyez sensible au langage sexué ou binaire utilisé en matière de dépistage, en particulier dans le cas de plusieurs cancers. Utilisez un langage inclusif. Par exemple, utilisez « poitrine » ou « haut du corps » au lieu de « sein ». Il suffit de nommer l'organe touché au lieu de parler de cancer des organes reproductifs féminins.

Voir également la **recommandation 1.0** sur le langage inclusif.

De nombreuses études attestent que les membres de la communauté LGBTQI2+ peuvent présenter des facteurs de risque associés à des taux élevés de certaines maladies chroniques et d'ITSS. Ces facteurs de risque sont dus à la stigmatisation et à la discrimination structurelles, aux déterminants culturels de la santé et au stress des minorités. Les Canadiennes Canadiens se définissant comme gais, lesbiennes ou bisexuels sont trois fois plus susceptibles d'être victimes de discrimination que les personnes hétérosexuelles (157). La stigmatisation sexuelle et celle de l'identité de genre vécues par les membres de la communauté LGBTQI2+ conduisent à des pratiques discriminatoires dans le système de santé, telle qu'une mauvaise communication ou un manque de connaissances en matière de santé des membres de la communauté LGBTQI2+ (157). En aval, cette stigmatisation peut conduire à de résultats sanitaires négatifs tels que le risque d'ITSS et l'augmentation des taux de troubles mentaux (157).

Par rapport à la population canadienne en général, les membres de la communauté LGBTQI2+ sont médicalement **mal desservis^G** et connaissent des besoins de services de santé non satisfaits plus considérables (70, 158). Quarante-cinq pour-cent des personnes transgenres au pays déclarent avoir des besoins non satisfaits en matière de services de santé, soit environ dix fois plus que la population cisgenre (36). En général, les membres de la communauté LGBTQI2+ sont moins susceptibles d'être à jour dans leur dépistage ou de recevoir un dépistage nécessaire ou approprié de la part de leur fournisseur de soins de santé que leurs homologues cisgenres ou hétérosexuels (159). Elles peuvent ne pas avoir accès aux services de dépistage en

raison de la discrimination, de la désinformation sur la nécessité du dépistage ou d'un manque d'accès aux prestataires de soins primaires en général (159). De surcroît, l'accès aux soins peut être affecté par des facteurs de risque structurels et sociaux tels que l'origine ethnique, le niveau d'éducation et de revenu, l'isolement géographique, le statut d'immigrant, les connaissances et les croyances culturelles ainsi que la discrimination réelle ou perçue (160).

Certaines affections chroniques apparaissent plus tôt chez les membres de la communauté LGBTQI2+, car l'accumulation du stress peut contribuer à cette apparition très précoce (14). Pour le cancer en particulier, les membres de la communauté LGBTQI2+ peuvent différemment avoir accès à des soins et les obtenir (161). Par exemple, la discrimination systémique peut conduire à des refus de soins ou à des retards dans le traitement du cancer (161). Les personnes transgenres et non binaires peuvent présenter les mêmes pathologies que les personnes cisgenres et ont besoin de dépistage, de soins et de prévention, mais une approche légèrement différente peut être nécessaire pour leurs soins, tel que pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et le dépistage des ITSS et l'anamnèse sexuelle (81).



Tableau 15 : Problèmes de santé particuliers et lignes directrices pertinentes en matière de dépistage

CONDITION	DONNÉES PROBANTES CONNEXES	LIGNES DIRECTRICES PERTINENTES RELATIVEMENT AU DÉPISTAGE	SCORE DE QUALITÉ DES LIGNES DIRECTRICES**
CANCER			
Cancer anal	Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH) ⁶ ont un taux de cancer anal de 45 pour 100 000, contre 1,5 à 2 pour 100 000 pour la population générale (14). Le cancer anal est également associé à l'infection par le VPH (14, 161). Les European AIDS Clinical Society Guidelines recommandent le recours au toucher rectal avec ou sans test de Papanicolaou anal tous les un à trois ans chez les hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez les personnes présentant une dysplasie due au VPH (162).	European AIDS Clinical Society Guidelines EACS <i>Guidelines: Version 10.1, octobre 2020</i> . Consulté au https://www.eacsociety.org/files/guidelines-10.1.finalsept2020.pdf	4
Cancer du col de l'utérus	Toute personne ayant un col de l'utérus peut être affectée par le cancer du col de l'utérus. Les personnes trans et nonbinaires ayant un col de l'utérus devraient faire un dépistage selon les directives d'Action Cancer Ontario (65). Les lesbiennes, les bissexuelles, les queers et les autres femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes doivent subir un dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de 21 ans* et si elles ont déjà eu une activité sexuelle avec une personne de n'importe quel genre (163). * Remarque : cette orientation sera modifiée afin de commencer à l'âge de 25 ans dans un avenir rapproché (164).	Action Cancer Ontario. Politique globale de dépistage des personnes transgenres. 2019. Accessible sur la page Web : https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/61546	4
		Sherbourne Health. <i>Guidelines for Gender-Affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients</i> . 2019. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iw2oti.pdf	4

CONDITION	DONNÉES PROBANTES CONNEXES	LIGNES DIRECTRICES PERTINENTES RELATIVEMENT AU DÉPISTAGE	SCORE DE QUALITÉ DES LIGNES DIRECTRICES**
Cancer de la poitrine ou du sein	<p>Au même titre que toutes les personnes, celles de la communauté 2SLGTBQI+ doivent faire un dépistage du cancer de la poitrine ou du haut du corps, indépendamment de leur statut de transition et du sexe assigné à la naissance. Les femmes lesbiennes et bisexuelles présentent des taux plus élevés de cancer de la poitrine ou du haut du corps que les femmes hétérosexuelles (70). Les femmes trans et les personnes non binaires qui ont des antécédents de cinq ans ou plus d'hormonothérapie de réassignation sexuelle peuvent également présenter un risque accru de cancer de la poitrine ou du haut-du corps (65). Les hommes trans qui n'ont pas subi de chirurgie thoracique liée à la transition doivent subir le même dépistage que les femmes cisgenres (165). Les hommes trans peuvent encore présenter un risque de cancer de la poitrine ou du haut du corps après une chirurgie thoracique liée à la transition (165).</p>	<p>Action Cancer Ontario. <i>Overarching Policy for the Screening of Trans People</i>. 2020. Accessible sur la page Web : https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/61546</p> <p>Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. « Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years », <i>JAMC</i>. 22 novembre 2011;183(17):1991-2001.* Accessible sur la page Web : https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/38486</p> <p>Sherbourne Health. (2019). <i>Guidelines for Gender-Affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients</i>. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iw2oti.pdf</p>	4
Cancer colorectal	<p>Au même titre que tout le monde, les personnes 2SLGTBQI+ doivent subir un dépistage du cancer colorectal.</p>	<p>Action Cancer Ontario. <i>Colorectal Cancer Screening in Average Risk Populations: Evidence Summary</i>. 2015* Accessible sur la page Web : https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/2101</p>	6
Cancer du poumon	<p>À cause de facteurs sociétaux, les personnes qui se décrivent comme lesbiennes, gais et bisexuels ont un taux de tabagisme plus élevé que les personnes hétérosexuelles (69).</p>	<p>Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. <i>Recommendations sur le dépistage du cancer du poumon</i>, <i>JAMC</i>, avril 2016 188 (6) 425-432; DOI : 10.1503/cmaj.151421 Accessible sur la page Web : https://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2019/11/01/cmaj.151421.DC4/151421-guide-fr.pdf *</p>	7

RECOMMANDATIONS

CONDITION	DONNÉES PROBANTES CONNEXES	LIGNES DIRECTRICES PERTINENTES RELATIVEMENT AU DÉPISTAGE	SCORE DE QUALITÉ DES LIGNES DIRECTRICES**
AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES (NON CANCÉREUSES)			
Maladie cardiovasculaire	<p>Certaines études ont constaté une augmentation de la morbidité et de la mortalité par infarctus du myocarde et par accident vasculaire cérébral chez les hommes transgenres par rapport aux hommes cisgenres, toutefois ces études n'ont pas pris en compte un certain nombre de facteurs de risque, à savoir le tabagisme, l'obésité et le diabète (166).</p> <p>Le tabagisme en combinaison avec l'oestrogénothérapie est associé à un risque accru de thrombo-embolie veineuse (166).</p>	<p>Sherbourne Health. (2019). <i>Guidelines for Gender-affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients</i>. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iwZoti.pdf</p>	4
Hypertension	<p>Un dépistage régulier de la pression artérielle est recommandé à tous les adultes (167).</p>	<p>Lindsay P., Gorber S.C., Joffres M., Birtwhistle R., McKay D., Cloutier L. « Recommendations on screening for high blood pressure in Canadian adults ». <i>Le Médecin de famille canadien</i>. 1^{er} septembre 2013 ;59(9):927-33. Accessible sur la page Web : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771717/pdf/0590927.pdf</p>	6

CONDITION	DONNÉES PROBANTES CONNEXES	LIGNES DIRECTRICES PERTINENTES RELATIVEMENT AU DÉPISTAGE	SCORE DE QUALITÉ DES LIGNES DIRECTRICES**
<p>Ostéoporose et santé osseuse</p>	<p>Toutes les personnes devraient effectuer un test de densité minérale osseuse passé l'âge de 65 ans (168). Le dépistage des facteurs de risque supplémentaires d'ostéoporose devrait commencer à 50 ans pour les personnes séropositives, y compris celles qui fument, qui ont un faible poids corporel ou ont des antécédents personnels de fractures (168).</p> <p>Les personnes trans et non binaires devraient être dépistées conformément aux présentes lignes directrices nationales, sauf dans certaines circonstances particulières. Le soutien osseux est recommandé chez les personnes transgenres maintenues sous hormonothérapie adéquate (165). Chez les femmes transgenres^e, un dépistage précoce peut être envisagé pour celles qui ont subi une orchidectomie et ont été sous traitement hormonal à faible dose ou sans hormones pendant une durée considérable (à savoir > 2 ans) (165). Le dépistage peut également considérer ceux qui ont pris les anti-androgènes ou un analogue de la GnRH durant une période considérable sans co-administration d'œstrogènes exogènes (165). Pour les hommes transgenres^e, un dépistage plus précoce devrait être envisagé pour ceux qui ont subi une oophorectomie et qui ont été sous testostérone exogène à faible dose ou sans testostérone exogène pendant une durée significative (à savoir > 2 ans) (165).</p>	<p>Sherbourne Health. (2019). <i>Guidelines for Gender-affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients</i>. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iw2oti.pdf</p> <p>Papaioannou A., Morin S., Cheung A.M., Atkinson S., Brown J.P., Feldman S. et coll. « Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire (. JAMC. 23 novembre 2010;182(17):1864–73*»</p>	<p>4</p> <p>6</p>
<p>Diabète de type 2</p>	<p>Le tabagisme, ainsi que le surpoids ou l'obésité, font partie des nombreux facteurs de risque établis du diabète de type 2 (169). À cause de facteurs sociétaux, les personnes qui se décrivent comme lesbiennes, gais et bisexuels ont un taux de tabagisme plus élevé que les personnes hétérosexuelles (69). Les femmes lesbiennes et bisexuelles présentent des taux d'obésité autodéclarée plus élevés que les femmes hétérosexuelles (69).</p> <p>Les recommandations en matière de dépistage du diabète chez les personnes transgenres (indépendamment de leur statut hormonal) ne diffèrent pas des lignes directrices nationales actuelles (166).</p>	<p>Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. « <i>Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada pour la prévention et le traitement du diabète au Canada</i> ». <i>Can J Diabetes</i>. 2018;42(Suppl 1):S1-S325. Accessible sur la page Web : https://guidelines.diabetes.ca/ressources/francaises*</p> <p>Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. « Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults ». <i>JAMC</i>. 16 octobre 2012;184(15):1687- 96. Accessible sur la page Web : https://www.cmaj.ca/content/cmaj/184/15/1687.full.pdf *</p>	<p>5</p> <p>6</p>
<p>SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIE</p>			

RECOMMANDATIONS

CONDITION	DONNÉES PROBANTES CONNEXES	LIGNES DIRECTRICES PERTINENTES RELATIVEMENT AU DÉPISTAGE	SCORE DE QUALITÉ DES LIGNES DIRECTRICES**
<p>Dépression, anxiété et toxicomanie</p>	<p>Les lesbiennes, les gais et les bisexuels sont plus susceptibles de souffrir de dépression, d'anxiété et de toxicomanie que leurs homologues hétérosexuels (68). Les stress sociaux vécus par les populations de minorité sexuelle tels que la stigmatisation, les préjugés et la discrimination, en plus des sentiments interiorisés de négativité et les attentes de rejet font partir des explications de ces différences de risque de santé mentale (68).</p> <p>Selon le projet Trans PULSE, la prévalence de la dépression chez les personnes transgenres ontariennes a été estimée à plus de 60 pour cent (170, 171).</p> <p>Sherbourne Health recommande un dépistage systématique de la dépression, de l'anxiété, de la dysphorie sexuelle et des expériences et effets négatifs de la transphobie chez les personnes transgenres (165).</p>	<p>Sherbourne Health. (2019). <i>Guidelines for Gender-affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients</i>. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iw2oti.pdf</p>	<p>4</p>
<p>Suicide</p>	<p>Les lesbiennes, les gais et les bisexuels sont plus susceptibles d'être victime de suicidabilité que les personnes hétérosexuelles (68).</p> <p>Selon l'enquête Trans PULSE Canada, au cours de la dernière année, 31 % des personnes trans ont pensé au suicide et 6 % ont tenté de se suicider (36).</p> <p>Sherbourne Health recommande un dépistage systématique des idées suicidaires et de l'automutilation chez les personnes transgenres (165).</p>	<p>Sherbourne Health. (2019). <i>Guidelines for Gender-affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients</i>. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iw2oti.pdf</p> <p>Voir également dans les ressources de soutien ci-dessous : <i>Guide d'évaluation du risque de suicide</i> élaboré par l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Institut canadien pour la sécurité des patients.</p>	<p>4</p>

CONDITION	DONNÉES PROBANTES CONNEXES	LIGNES DIRECTRICES PERTINENTES RELATIVEMENT AU DÉPISTAGE	SCORE DE QUALITÉ DES LIGNES DIRECTRICES**
SANTÉ SEXUELLE			
Infections transmissibles sexuellement et par le sang	<p>Les fournisseurs de soins de santé doivent évaluer le risque d'ITSS en fonction des comportements sexuels de la personne et de son anatomie actuelle. Le dépistage des ITSS est nécessaire chez toutes les personnes sexuellement actives, quelle que soit leur identité. Ce dépistage est nécessaire tout au long de la vie, y compris chez les personnes âgées de la communauté LGBTQI2+.</p> <p>Les HARSAH sont surreprésentés parmi les cas de VIH et courent un risque accru d'être infectés que toute autre personne au Canada (14). Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies recommandent que les HARSAH aient un dépistage du VIH, de la syphilis, de la chlamydia et de la gonorrhée au moins annuellement (172) ou très fréquemment en fonction de l'évaluation des risques. Le dépistage chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et chez les personnes transgenres et non binaires dépend de facteurs de risque tels que l'activité sexuelle et les partenaires (172).</p> <p>Étant donné que les personnes transgenres diffèrent dans l'utilisation d'hormones, les antécédents des procédures chirurgicales de réassignation sexuelle et les modèles de comportement sexuel, les fournisseurs de soins de santé doivent éviter de faire des suppositions sur la présence ou l'absence d'une anatomie, d'une orientation sexuelle ou de pratiques sexuelles en particulier (166).</p>	<p>Les lignes directrices canadiennes de 2016 l'Agence de santé publique du Canada sur les infections sexuellement transmissibles sont accessibles à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement-lignes-directrices-canadiennes.html*</p> <p>Workowski K.A., Bolan G.A. <i>Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015</i>. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports. 5 juin 2015; 64(PR-03):1. Accessible sur la page Web : https://www.cdc.gov/std/tg2015/</p> <p>Sherbourne Health. (2019). <i>Guidelines for Gender-affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients</i>. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce/uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iw2oti.pdf</p>	4
Grossesse	Toute personne ayant un utérus et des ovules peut tomber enceinte (165).	<p>Sherbourne Health. (2019). <i>Guidelines for Gender-affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients</i>. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce/uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iw2oti.pdf</p>	4

* Veuillez noter que ces lignes directrices ne sont pas précisément adaptées aux besoins des membres de la communauté LGBTQI2+ et devront être appliquées à l'aide d'une approche affirmative.

** **Remarque :** La qualité de toutes les recommandations incluses a été évaluée conformément à l'outil AGREE II (173). Le score maximal est 7. Les scores de 6 ou de 7 indiquent des lignes directrices de haute qualité, et les scores de 4 ou de 5 indiquent une qualité modérée. Pour plus de précisions, voir l'**annexe F**.

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts

- Le dépistage et l'évaluation doivent être effectués d'une manière sûre, sensible, respectueuse et affirmative et en conformité avec les **recommandations 1.0 et 1.1** sur les stratégies de communication et les principes de soins centrés sur la personne et la famille (voir également les LDPE sur les *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* [110]) de l'AIIO.
- Anamnèse de santé sexuelle inclusive et sans porter de jugement. Le risque d'ITSS doit être évalué sans porter de jugement, en fonction des actions, des organes et des facteurs de protection, afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Voir les ressources justificatives d'appui pour le guide de discussion et l'information concernant l'anamnèse de la santé sexuelle.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent expliquer pourquoi ils posent des questions de dépistage, en particulier des questions sur les organes et la santé sexuelle.
- Sachez que plusieurs lignes directrices de dépistage établies peuvent être formulées dans une perspective cisnormative et hétéronormative. Les fournisseurs de soins de santé doivent faire preuve de discernement et de prudence dans l'application des lignes directrices actuelles afin d'offrir des soins complets et positifs aux membres de la communauté LGBTQI2+.

Ressources justificatives

Voir la **recommandation 3.0** pour des ressources complémentaires relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p><i>Anal Cancer Screening in High-Risk Populations: A Review of the Clinical Utility, Diagnostic Accuracy, Cost-Effectiveness, and Guidelines</i> [Internet]. Ottawa: ACMTS; octobre 2019. (Rapport d'intervention rapide de l'ACMTS : résumé et évaluation critique). Accessible sur la page Web : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2019/RC1212%20Anal%20Cancer%20Screening%20Update%20Final.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revue des lignes directrices actuelles sur le dépistage du cancer de l'anus.
<p>« Dépistage du cancer dans les communautés LGBT ». Dans : <i>Société canadienne du cancer</i> [Internet]. Canada : 2021. [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://cancer.ca/fr/cancer-information/find-cancer-early/screening-in-lgbtq-communities/?region=on</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information pour le public et les professionnels de santé sur le dépistage pour les membres de la communauté LGBTQ. ■ Comprend des questions courantes posées par des personnes sur le dépistage.
<p>Association canadienne de santé publique. Comment discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : un guide pour les dispensateurs de services [Internet]. Ottawa (Ontario) : c2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cpha.ca/fr/comment-discuter-de-sante-sexuelle-de-consommation-de-substances-et-ditss-un-guide-pour-les</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide de discussion pour aborder la santé sexuelle et la toxicomanie.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association canadienne de santé publique. <i>Évaluation organisationnelle</i> [Internet]. Ottawa (Ontario) : c2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/orgtool_f.pdf</p> <p>Ressources supplémentaires. Dans : Association canadienne de santé publique [Internet]. Ottawa (Ontario) : c2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cpha.ca/fr/ressources</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil d'évaluation organisationnelle des ITSS et de la stigmatisation. ■ Ressources supplémentaires pour les fournisseurs de soins de santé dans le cadre d'initiatives telles que la prévention et la gestion des maladies chroniques et la cessation du tabagique.
<p>Perlman C.M., Neufeld E., Martin L., Goy M. et Hirdes J.P. (2011). <i>Suicide Risk Assessment Inventory: A Resource Guide for Canadian Health care Organizations</i>. Toronto (Ont.) : Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients. Accessible sur la page Web : https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/SuicideRisk/Documents/Suicide%20Risk%20Assessment%20Guide.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide d'évaluation du risque de suicide créé par l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Institut canadien pour la sécurité des patients.
<p>Fiche de conseils de l'Agence de la santé publique du Canada pour le dépistage des ITS bactériennes. Dans : <i>Agence de santé publique du Canada</i> [Internet]. Ottawa (Ontario) : c2019 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/sti/64-02-18-2248-STI-Recommendations-Tip-Sheet-FR-Final.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fiche de référence des professionnels de santé pour le dépistage bactérien des ITS. ■ L'outil est basé sur les Lignes directrices canadiennes sur les ITS (ASPC).
<p>Bacterial STI Quick Reference Sheet. Dans : Santé publique l'Ontario [Internet]. Toronto (Ontario) : c2019. [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/bacterial-sti-quick-reference.pdf?la=en</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fiche de référence pour les fournisseurs de soins de santé concernant les options de test du dépistage des ITS bactériennes. ■ L'outil est basé sur les Lignes directrices canadiennes sur les ITS (ASPC).

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Santé arc-en-ciel de l'Ontario. <i>LGBTQ Cancer Factsheet</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : c2016. [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2016/07/RHO_FactSheet_LGBTQCANCER_-07.31.16.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fiche d'information des fournisseurs de soins de santé, détaillant les questions et les faits actuels concernant les populations LGBTQ et le cancer.
<p>Trans Care BC. Gender Inclusive Language. Dans : Trans Care BC [Internet]. (Colombie-Britannique) : n.d. [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : http://www.phsa.ca/transcarebc/Documents/HealthProf/Gender_Inclusive_Language_Clinical.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide linguistique pour travailler avec les personnes transgenres et non-binaires de manière courtoise, professionnelle et inclusive. ■ Comprend des mots à utiliser à la place des termes sexués (par exemple, haut du corps au lieu de sein ou poitrine).
<p>« Standards de soins, version 7 ». Dans : <i>Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre</i> : 2012 [Internet]. [cité le 16 avril 2021] Accessible sur la page Web : https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Normes de soins de l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenres. ■ Offre des conseils sur la santé et le dépistage des transgenres en plusieurs langues.

RECOMMANDATION 3.0 :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins santé de veiller au bien-être et à la sécurité des femmes lesbiennes et bisexuelles et des personnes transgenres et non binaires lors du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Des données probantes qualitatives suggèrent que le fait d'assurer le confort et la sécurité des femmes lesbiennes et bisexuelles, ainsi que des personnes transgenres et non binaires, pendant le dépistage du cancer du col de l'utérus peut favoriser une expérience positive des soins lorsque les personnes se sentent en sécurité (107, 174-176). Une revue systématique des études qualitatives et trois autres études qualitatives ont exploré les expériences des membres de la communauté LGBTQI2+ en matière de dépistage des risques par rapport à leur niveau perçu de soutien, de confort et de sécurité. Toutes les études ont montré que lorsque les fournisseurs de soins de santé veillaient au confort et à la sécurité des patients pendant le dépistage du cancer du col de l'utérus, ceux-ci ont signalé une expérience positive des soins (107, 174-176). Aucune donnée probante quantitative n'a été trouvée.

Les lesbiennes, les femmes bisexuelles et les personnes transgenres et non binaires ont bénéficié d'un meilleur soutien et d'un plus grand confort lors du dépistage du cancer du col de l'utérus lorsque les fournisseurs de soins de santé ont reconnu leur vulnérabilité pendant le dépistage et la possibilité d'un inconfort physique, en plus d'affirmer leur identité (107, 174-176). Les personnes transmasculines ont déclaré se sentir déshumanisées et désindividualisées et ressentir une dysphorie de genre lors du dépistage du cancer du col de l'utérus; elles étaient plus susceptibles de demander un dépistage du cancer du col de l'utérus lorsque les fournisseurs de soins de santé étaient bien informés, courtois ou acceptaient leur statut de personne transmasculine (174-176). Lorsque les fournisseurs de soins de santé ne reconnaissent pas l'identité sexuelle, le sexisme et le racisme, les lesbiennes, les bisexuelles et les queers (LBQ) noires rencontrent des obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment l'hétérosexisme, le racisme, le classisme et la gêne manifeste des fournisseurs de soins de santé (108).

Les hommes transgenres ont déterminé trois méfaits éventuels qui pourraient survenir lors du dépistage du cancer du col de l'utérus. Les participants ont décrit la dysphorie sexuelle, le manque d'intimité personnelle, le sentiment de vulnérabilité et la douleur physique ou l'inconfort comme inconvénients possibles (174-176). Plusieurs participants transgenres d'une étude ont fait état d'expériences antérieures négatives en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment de discrimination et de sentiments de traumatisme (176). Les femmes lesbiennes et bisexuelles ont décrit les méfaits éventuels des présupposés hétéronormatifs lorsque les professionnels de santé ne reconnaissent pas leur identité sexuelle ou leur peur et leur malaise lors du dépistage du cancer du col de l'utérus, dans ce qui est en soi considéré comme une communication vulnérable avec un professionnel de santé (107).

Veillez vous reporter aux « Notes de pratiques » pour plus d'information sur la manière d'assurer le confort et la sécurité lors du dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes lesbiennes et bisexuelles et les personnes transgenres et non binaires.

La fiabilité globale dans les données probantes des résultats qualitatifs était modérée en raison de préoccupations mineures en matière des limites méthodologiques des études individuelles et de préoccupations mineures concernant la cohérence. La certitude des données probantes est très faible en raison de préoccupations relatives à la façon dont les études individuelles ont été menées, de l'éventail des interventions décrites et de l'incapacité à identifier une estimation de l'effet.

Pour plus d'information sur l'incidence de l'intervention (dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes lesbiennes et bisexuelles et les personnes trans et non binaires) sur les résultats rapportés et la classification des données probantes, veuillez vous reporter aux profils de données probantes accessible ici (en anglais : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>).

Valeurs et préférences

Les participants transgenres hommes ont affirmé l'importance de prendre soin de leur santé et de celle de leur partenaire sexuel et ont généralement estimé que le dépistage du cancer du col de l'utérus était un test de dépistage efficace pour prévenir une maladie grave (175). Certains participants ont estimé que le dépistage préventif était particulièrement important en raison du manque de données sur le risque de cancer du col de l'utérus pendant la prise d'hormones masculinisantes (testostérone) (175).

Équité dans l'accès aux soins

Ces données probantes proviennent de personnes noires LBQ et d'hommes transmasculins. Les personnes transmasculines ont exprimé le souhait que les tests de dépistage du cancer du col de l'utérus soient adaptés à leurs besoins (175). Les femmes noires LBQ ont décrit comment leurs expériences du dépistage du cancer du col de l'utérus ont été façonnées non seulement par leur identité sexuelle mais aussi par la couleur de leur peau (107). Les participants ont décrit le potentiel d'hétérosexisme, de racisme et de classisme lors des interactions avec les fournisseurs de soins de santé (107).

Justification de la recommandation par le comité

Cette recommandation aurait été un énoncé de pratique exemplaires, mais le comité d'experts a convenu qu'il était important de poser une question de recommandation pour examiner les répercussions du dépistage des risques pour les membres de la communauté LGBTQI2+ par le biais d'une revue systématique. Il peut y avoir des avantages importants à assurer le confort et la sécurité des lesbiennes, des bisexuelles et des personnes transgenres et non binaires lors du dépistage du cancer du col de l'utérus, mais les données sont incertaines. Le degré de certitude des données sur les effets était très faible, et leur fiabilité était modérée. Le comité d'experts a déterminé que les lesbiennes et bisexuelles, les personnes transgenres et non binaires apprécieraient que les fournisseurs de soins de santé veillent à ce que le confort et la sécurité des patientes soient une priorité lors du dépistage du cancer du col de l'utérus et qu'ils accordent la priorité aux expériences vécues décrites dans les études qualitatives. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts :

- Les fournisseurs de soins de santé devront peut-être dispenser une formation sur la nécessité du dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes lesbiennes et les personnes trans et non binaires ayant un col de l'utérus. Dans le passé, on a cru à tort que les lesbiennes n'avaient pas du tout besoin d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, et certains professionnels et membres de la communauté peuvent encore avoir cette impression.
- Soyez conscient que les lesbiennes, les personnes transgenres et non binaires peuvent avoir vécu des expériences traumatisantes lors du dépistage du cancer du col de l'utérus. Comprenez que les expériences d'hétérosexisme, de stigmatisation, de discrimination et de racisme créent des entraves à l'accès aux soins.

Détail des données

- Le style de communication et le comportement des fournisseurs de soins de santé sont d'une importance capitale (107). Pour garantir une expérience réconfortante et sûre, les fournisseurs de soins de santé ne doivent pas faire de suppositions hétéronormatives sur l'orientation sexuelle des femmes. En outre, elle implique que les fournisseurs de soins de santé posent des questions non hétérosexistes sur l'activité sexuelle, les partenaires sexuels (passés et actuels) et le comportement sexuel (107).

- L'anamnèse sexuelle complète et sans jugement faciliterait la révélation de l'orientation sexuelle afin que les femmes ne soient pas obligées de révéler leur orientation sexuelle ou de corriger les hypothèses hétéronormatives des fournisseurs de soins de santé (107).
- Les hommes transgenres ont apprécié les fournisseurs de soins de santé qui étaient prêts à modifier l'examen de dépistage du cancer du col de l'utérus. Les modifications éventuelles sont les suivantes :
 - permettre à la personne d'insérer elle-même le spéculum (174, 175);
 - prescrire des médicaments contre l'anxiété (175);
 - instruire la personne sur la façon d'effectuer l'examen à domicile avec une ou un partenaire (174);
 - réaliser des tests VPH pour vérifier la nécessité d'un examen au spéculum (174).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Société canadienne du cancer. « Dépistage du cancer dans les communautés LGBT ». Dans : <i>Société canadienne du cancer, c2019 Canada</i> : 2021. [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://cancer.ca/fr/cancer-information/find-cancer-early/screening-in-lgbtq-communities/?region=on</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépistage du cancer de la poitrine ou du haut du corps, celui du col de l'utérus ainsi que du cancer colorectal dans les communautés LGBTQ. ■ Offre des liens vers des ressources supplémentaires sur le dépistage du cancer chez les membres de la communauté LGBTQ.
<p>Action Cancer Ontario. « Update for cervical cancer screening by age ». Dans : <i>Action Cancer Ontario</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cancercareontario.ca/fr/node/68141</p> <p>Action Cancer Ontario. « Addressing cancer screening inequities in transgender people ». Dans : <i>Action Cancer Ontario</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cancercareontario.ca/fr/cancer-facts/new-policy-addresses-cancer-screening-inequities-transgender-people</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conseils à jour sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge. ■ 2019 : politique pour les professionnels de santé et pour la lutte contre les inégalités en matière de dépistage du cancer chez les personnes trans.
<p>Hamilton Trans Health Coalition. <i>Trans Pap 101</i>. Hamilton (Ontario) 2020. [consulté le 29 avril 2021] Accessible sur le site Web : https://hamiltontranshealth.ca/trans-pap-101/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une vidéo de procédure pour l'effectif étudiant et les corps professionnels de la santé sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.
<p>Potter, M., équipe de santé familiale LGBT du Sherbourne Health Center. <i>Tips for Providing Paps for Trans Men</i>. Toronto (Ontario) 2015 [cité le 29 avril 2021] Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2020/04/Tips_Paps_TransMen.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Treize conseils pratiques pour le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les personnes transgenres.

RECOMMANDATION 3.1 :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de promouvoir l'accès au dépistage du VIH et des ITSS pour les membres de la communauté LGBTQI2+ en collaboration avec les partenaires communautaires LGBTQI2+ par les moyens suivants :

- campagnes médiatiques; (certitude : faible);
- lieux de sensibilisation (certitude : très faible).

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Voir ci-dessus

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Campagnes médiatiques

Des données probantes suggèrent que les campagnes médiatiques élaborées en collaboration avec des partenaires communautaires LGBTQI2+ peuvent augmenter le nombre de personnes qui accèdent au dépistage des VIH-ITSS (177-182). Toutes les études sauf une ont mis au point des interventions d'amélioration de l'accès au dépistage du VIH et des ITSS en collaboration avec des partenaires de la communauté LGBTQI2+.

Les types de campagnes médiatiques comprenaient une campagne de marketing social encourageant le dépistage du VIH et de la syphilis chez les homosexuels et bisexuels à haut risque (180), une campagne basée sur les médias sociaux et l'Internet qui comprenait un dépistage mobile ciblant les jeunes Noirs et Latinos issus de minorités sexuelles (179), une intervention sur les médias sociaux et par clavardage promouvant le dépistage du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes HARSAH (177), une application promouvant le dépistage des VIH-ITSS chez les HARSAH (178, 181) et une intervention à multiples composantes luttant contre l'homophobie et promouvant le dépistage du VIH (182). Dans une étude, les participants ont signalé le risque de stigmatisation supplémentaire des jeunes Noirs et Latinos issus de minorités sexuelles lors des campagnes médiatiques (179). Pour plus d'information sur la manière dont les campagnes médiatiques ont été réalisées, voir les « Notes de pratiques ».

La certitude globale des données probantes à l'appui de l'utilisation des campagnes médiatiques pour le dépistage était faible en raison des limites dans la façon dont les études ont été réalisées. Pour plus d'information sur les effets de l'intervention (accès au dépistage par le biais de campagnes médiatiques), sur les résultats rapportés et sur le classement des données probantes, veuillez vous reporter aux profils de données probantes accessibles ici : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Dépistage aux lieux de sensibilisation

Les données probantes suggèrent que les campagnes de dépistage élaborées en collaboration avec des partenaires communautaires LGBTQI2+ peuvent améliorer l'accès au dépistage du VIH et des ITSS dans les lieux de sensibilisation (tels que les événements spéciaux) et augmenter le nombre de membres de la communauté LGBTQI2+ qui ont accès au dépistage. Trois études ont évalué l'effet sur le nombre de membres de la communauté LGBTQI2+ qui ont accédé au dépistage des VIH-ITSS lorsque le dépistage était promu dans des lieux de sensibilisation. Une étude a évalué l'effet d'un service de dépistage mobile avec une campagne médiatique ciblant les jeunes Noirs et Latinos issus de minorités sexuelles et a signalé une augmentation du nombre de personnes ayant recours au dépistage (179). La deuxième étude a évalué l'effet d'une trousse de dépistage postal du VIH et des ITSS et d'une ou d'un membre de la profession infirmière en santé sexuelle affectée dans un sauna (bain) offrant le dépistage dans un lieu de sensibilisation des ITSS (183). L'étude a signalé de résultats mitigés, puisque davantage de personnes ont eu accès au dépistage sanguin du VIH par l'intermédiaire de la ou du membre de la profession infirmière au sauna que par le service postal d'autodépistage (183). Toutefois, plus de personnes ont accepté le dépistage du

chlamydia ou de la gonorrhée par service postal d'autodépistage que par celui de la ou du membre de la profession infirmière au sauna (183). La dernière étude a évalué l'effet d'un service itinérant de dépistage du VIH ciblant les hommes homosexuels et bisexuels et a signalé une augmentation du nombre de personnes ayant accès au dépistage du VIH (184). Dans une étude, les participants ont noté le risque de stigmatisation supplémentaire des jeunes Noirs et Latino-Américains à cause des messages diffusés dans les lieux de sensibilisation et ont également déclaré être submergés de messages sur le sexe sans risque (179). Veuillez vous reporter aux « Notes de pratiques » pour plus de détails sur l'utilisation du dépistage dans les lieux de sensibilisation d'accès au test VIH-ITSS à partir des données probantes.

La certitude globale des données probantes à l'appui de l'utilisation des lieux de sensibilisation du dépistage était très faible à cause des limites dans la façon dont les études ont été réalisées et de l'incohérence des résultats. Pour plus d'information sur de l'intervention (accès au dépistage du VIH et des ITSS dans les lieux de sensibilisation) sur les résultats signalés et la classification des données probantes, veuillez vous reporter aux profils de données probantes accessibles ici (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgtqi-health-equity>.

Valeurs et préférences

Les données probantes signalent que l'accès au dépistage du VIH et des ITSS grâce aux campagnes médiatiques était apprécié, mais les participants ont relevé l'importance de leur vie privée et de la confidentialité pendant le dépistage (179).

Équité dans l'accès aux soins

Toutes les études incluses ciblaient des populations d'HARSAH ou de jeunes issus de minorités sexuelles (179, 180). Une étude a adapté une campagne médiatique existante afin qu'elle soit plus inclusive pour les jeunes Noirs et Latinos issus de minorités sexuelles (179). Les jeunes ont signalé la possibilité que la campagne médiatique soit perçue comme stigmatisante (179). De plus, les messages qui mettent l'accent sur les taux élevés d'infections par le VIH et les ITSS chez les jeunes Noirs et Latinos appartenant à des minorités sexuelles sont perçus comme des « tactiques d'épouvante » qui peuvent stigmatiser et offenser les personnes que l'on essaie de sensibiliser (179).

Justifications des recommandation du comité d'experts

L'utilisation des campagnes médiatiques et des dépistages dans des lieux de sensibilisation en matière de promotion d'accès au dépistage des VIH-ITSS peut être avantageux certaines membres de la communauté LGBTQI2+ (HARSAH et jeunes des minorités sexuelles). Le comité d'experts a noté que la certitude des données en matière d'accès aux VIH-ITSS grâce aux campagnes médiatiques est faible et que celle d'accès aux VIH-ITSS grâce au dépistage dans les lieux de sensibilisation est très faible. En outre, le comité d'experts a exprimé des inquiétudes liées à la possibilité de stigmatisation accrue des membres de la communauté LGBTQI2+ lors des campagnes médiatiques. Le comité d'experts a déterminé que des campagnes médiatiques ne valoriseraient pas le dépistage du VIH et des ITSS chez tous les membres de la communauté LGBTQI2+ lorsque des ressources seraient mises en place pour ce dépistage auprès de toutes ces personnes. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la force de la recommandation était conditionnelle.

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts

- Il est primordial que le dépistage des VIH-ITSS soit accessible et disponible pour toutes les personnes. Cette recommandation met l'accent sur les campagnes médiatiques, le dépistage lors d'événements spéciaux destinés aux LGBTQI2+ et les lieux de sensibilisation pour les personnes qui n'ont pas encore accès au dépistage du VIH et des ITSS et pour tous les membres de la communauté LGBTQI2+ avec lesquels il est difficile d'entrer en contact. Ces dernières peuvent comprendre les travailleuses et travailleurs du sexe, les toxicomanes ou les personnes exposées à un risque accru à cause d'autres déterminants sociaux de la santé. Reportez-vous également à l'**Énoncé de pratique exemplaire** sur l'évaluation des risques à la page 66.
- Pour normaliser le dépistage, il est primordial d'inclure des images de couples hétérosexuels en plus des couples lesbiens ou gais dans les campagnes médiatiques.

Tableau 16 : Notes de pratique sur les données

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
CAMPAGNES MÉDIATIQUES	
<p>Élaboration de la campagne</p>	<p>Les campagnes médiatiques ont été élaborées avec la consultation et la collaboration de membres de la communauté LGBTQI2+ . Voici des exemples de participation de la communauté LGBTQI2+ à l'élaboration de campagnes médiatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Un comité de travail composé de chercheurs, de membres de la communauté LGBTQI2+ et du ministère de la Santé de l'Ontario a élaboré une campagne de marketing social en vue de l'atteinte d'un large éventail d'HARSAH dans les communautés locales (180). ■ La campagne médiatique a été lancée avec le soutien du ministère de la Santé de l'Ontario, du Réseau ontarien de traitement du VIH et de professionnels de santé publique à Toronto et à Ottawa (180). ■ En Chine, l'externalisation ouverte et des concours publics ciblant principalement les jeunes et les HARSAH ont été utilisés pour sélectionner les images utilisées lors de la campagne de dépistage (177). L'intervention a été soutenue par le centre local de contrôle des maladies et les organisations communautaires pour les HARSAH (177). ■ Toujours en Chine, l'équipe de recherche a également travaillé en collaboration avec le personnel d'une organisation communautaire de prévention du VIH axée sur les HARSAH afin d'élaborer une intervention (178). ■ L'intervention CHHANGE contre la stigmatisation et l'homophobie était un partenariat entre trois organisations : Gay Men of African Descent (GMAD), Brooklyn Men [K]onnect (BMK, un programme de Bridging Access to Care) et le New York Blood Center (NYBC) (182). ■ Les messages de la campagne (site Web de la campagne, affiches, projections murales, bannières, publicités dans les journaux, les magazines et à la radio) ont été évalués en matière de leur acceptabilité par la communauté en organisant un ensemble diversifié de groupes d'échanges avec des hommes homosexuels (180) et des jeunes Noirs ou Latinos issus de minorités sexuelles (179) avant la diffusion de la campagne médiatique. Les messages ont été revus par les organisations communautaires d'HARSAH locales avant leur diffusion (177). Des entretiens ont été organisés avec les membres de la communauté au début de l'élaboration de l'intervention ainsi que de la révision des messages (178). <p>En Espagne, une intervention a été élaborée en collaboration avec l'agence de santé publique locale (181).</p>

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Messages de la campagne</p>	<p>Le message principal de la majorité des campagnes visait à augmenter le recours au dépistage et à promouvoir le dépistage systématique des ITSS. Le message principal d'une campagne était de diminution de l'homophobie et de la stigmatisation du VIH avec un objectif secondaire d'augmenter son dépistage (182). La formulation des messages comprenait ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ offre d'information sur le VIH et les ITSS (177, 179, 180, 182); ■ dépistage du VIH (177, 178, 180-182); ■ dépistage des ITSS (180, 181); ■ communication ouverte avec les partenaires et les fournisseurs de soins de santé (179); ■ promotion des liens vers les services (179, 181, 182); ■ lutte contre la stigmatisation et l'homophobie liées au VIH (182).
<p>Communication de la campagne</p>	<p>Pour soutenir la diffusion de messages à grande échelle, les méthodes suivantes ont été utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un site web spécialisé (180); ■ de la publicité en ligne (179, 180); ■ une application (177, 178, 181); ■ les réseaux sociaux (179); ■ des panneaux d'affichage, des affiches et une publicité pour un abribus (180, 182); ■ des publicités dans les journaux, dans les magazines et à la radio (180). ■ un soutien supplémentaire de la Toronto's Hassle Free Clinic par la promotion de la campagne par le biais de leurs réseaux sociaux et des avis publiés sur d'autres sites de petites annonces en ligne (180). <p>Les médias ont été ciblés dans les zones à fort impact, tels que des affiches dans les quartiers homosexuels, des publicités sur les stations de radio homosexuelles et des messages sur les applications de rencontre pour HARSAH.</p>
LIEUX DE SENSIBILISATION	
<p>Élaboration de la campagne</p>	<p>Partenariats avec les agences locales de promotion de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le National Health Service (Royaume-Uni) s'est associé à une organisation caritative locale de promotion de la santé pour élaborer un service de dépistage de proximité (VIH, ITSS) dispensé par du personnel infirmier (183). ■ Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie) s'est associé à des organisations communautaires de lutte contre le VIH pour accroître l'accès au dépistage rapide du VIH par le biais de sites communautaires mobiles lors de la célébration de la Journée mondiale du sida (184).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario (ACCHO) [Internet]. Toronto (Ontario) : 2020 [cité 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : http://accho.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources des personnes africaines et caribéennes en Ontario pour la prévention du VIH, ainsi que l'information, la défense des droits, la recherche, le traitement, les soins et le soutien aux communautés africaines, caribéennes et Noires.
Alliance for South Asian AIDS Prevention [Internet]. Toronto (Ontario) : 2021 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.asaap.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diverses ressources sur la prévention du SIDA pour la communauté sud-asiatique.
Black Coalition for AIDS Prevention [Internet]. Toronto (Ontario) : 2021 [cité le 16 avril 2021] http://blackcap.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promotion de la santé et services de soutien pour les communautés africaines, caribéennes et Noires.
Société canadienne du sida [Internet] Ottawa (Ontario) [cité le 30 avril 2021] https://www.cdn aids.ca/fr/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Répertoire des ressources, des organisations et des événements liés aux soins et à la prévention du SIDA au Canada.
CATIE [Internet]. Toronto (Ontario) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. https://www.catie.ca/fr	<ul style="list-style-type: none"> ■ La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C.
Gay Men Sexual Health (GMSH) Alliance [Internet]. (Ontario) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : www.gmsh.ca	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource pour la santé sexuelle des homosexuels, y compris des informations sur le VIH et les ITSS. ■ <i>The Sex You Want</i> est une campagne de GMSH, la Gay Men Sexual Health Alliance, qui se concentre sur les ITSS chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (cisgenres et transgenres) en Ontario.
Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Winnipeg (Manitoba) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://ccnmi.ca/project-stream/la-prevention-du-vih-et-la-lutte-contre-les-itss/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contenu relatif aux personnes LGBTQ sur la prévention du VIH et des ITSS ainsi que la lutte contre ces infections au sujet du dépistage aux points de service au Canada, ainsi que contenu supplémentaire relatif aux personnes LGBTQ destiné aux corps professionnels de santé.
Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy [Internet]. Toronto (Ontario) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.oahas.org/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offre des liens vers une variété de programmes et de services de soutien, y compris de l'information sur la santé sexuelle et le dépistage.
Ontario Women and HIV/AIDS initiative [Internet]. (Ontario) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : http://www.whai.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources de l'initiative Ontario Women and HIV/AIDS pour les femmes cisgenres et transgenres en Ontario.

INTERVENTIONS DE GROUPE

RECOMMANDATION 4.0 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en place des groupes cliniques spécialisés LGBTQI2+ pour la promotion de la santé et la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Les groupes cliniques pour les problèmes de santé sont des interventions de groupe axées spécifiquement sur la prise en charge des problèmes de santé (par exemple, le diabète, l'anxiété), ou encore la prévention et/ou la prise en charge des facteurs de risque comportementaux pour les maladies chroniques (par exemple, la cessation du tabagisme, la perte de poids). Les groupes cliniques peuvent améliorer les résultats chez les personnes LGBTQ, tel que le sentiment de soutien social, l'amélioration des pratiques d'auto-soins et l'amélioration de l'auto-efficacité, mais les données probantes sont incertaines (185-213). Les données probantes mettent en exergue la manière dont ces interventions ont été dispensées dans le cadre d'un format de groupe utilisant une variété de modes de prestation (par exemple, en présentiel, Internet, par téléphone ou par les réseaux sociaux). Ils étaient souvent offerts par des animateurs pairs utilisant des **approches basées sur l'autonomisation**^G ou les forces. Les groupes cliniques étaient adaptés à des populations LGBTQ en particulier et à des groupes d'âge sur toute la durée de vie. Aucun effet néfaste lié à ces interventions n'a été signalé dans les données probantes. Veuillez vous reporter aux « Notes de pratiques » du **tableau 16** pour voir d'autres caractéristiques des interventions des groupes cliniques dans les études.

Dans des études qualitatives, des personnes transgenres et non binaires qui ont reçu des soins pour un cancer du système reproducteur ont signalé que le réseautage entre pairs dans un groupe clinique était une source principale d'information sur le cancer et fonctionnait comme un réseau de soutien et de connaissances qui étayait leur prise de décision (213). Les homosexuels et bisexuels traités d'un cancer de la prostate qui ont participé à un groupe clinique en ligne ou en présentiel ont ressenti moins d'isolement social et un plus grand sens de communauté. Les lesbiennes et bisexuelles d'âge mûr qui ont participé à un groupe clinique de poids sain ont connu moins d'isolement social, une meilleure auto-efficacité et un meilleur sens de la communauté, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH) ont bénéficié d'un meilleur accès aux informations sur le VIH et aux stratégies de prévention du VIH (193, 214, 215). Les participants à un groupe de soutien en ligne basé sur les forces pour les jeunes HARSAH Noirs ont connu une amélioration de la résilience, du soutien social et de l'information sur le VIH (189). La documentation ne signale aucun effet néfaste lié à ces interventions.

La certitude des données probantes est faible à cause des limites inhérentes aux méthodes utilisées lors de la réalisation des études. La certitude des données probantes était très faible à cause des limites de la conception des études et de l'utilisation d'outils différents pour mesurer de résultats dans ces études. Pour plus d'information sur les effets de l'intervention (activité physique de faible intensité) sur les résultats mis en priorité (épisodes d'incontinence et limites physiques), voir les profils des données probantes à l'adresse suivante (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Valeurs et préférences

Les données probantes soulignent que les personnes apprécient les groupes cliniques adaptés aux besoins et aux contextes spécifiques de la population LGBTQI2+ et organisés dans un espace sûr (192, 196, 197, 200, 204, 206, 209-211, 213-216). Les participants aux groupes cliniques préféraient lorsque les groupes étaient adaptés aux normes de la communauté et à la langue des participants (215). Les lesbiennes et femmes bisexuelles d'âge mûr appréciaient de participer à des groupes cliniques de poids sain pour le soutien social et pour avoir un lieu où se connecter avec des femmes dont elles partageaient des similarités (215). Les groupes cliniques qui se concentrent à la fois sur la réduction des risques sexuels et sur la santé mentale sont préférables pour les personnes séropositives (216).

Équité dans l'accès aux soins

La majorité des groupes cliniques pour les affections ciblaient les HARSAH et les personnes transgenres et non binaires. Les membres des communautés LGBTQI2+ les moins étudiées sont les femmes lesbiennes et bisexuelles. Aucun des participants à l'étude ne s'est identifié comme bispirituel ni intersexuel.

Les homosexuels et hommes bisexuels ainsi que les personnes transgenres et non binaires qui reçoivent des soins pour un cancer ont signalé un accès extrêmement limité à des groupes de soutien et à des connaissances sur la santé en matière du cancer qui soient adaptés et affirmatifs relativement au genre (193, 213). L'accès à la thérapie de remplacement de la nicotine dans le cadre d'une intervention clinique LGBT personnalisée pour la cessation du tabagisme était limité aux personnes qui étaient en mesure de s'offrir cette ressource (210).

Le comité d'experts a noté que certaines organisations de services de santé peuvent avoir des difficultés à mettre en place des groupes cliniques à cause de ressources limitées ou de la taille de la communauté.

Conclusions du comité d'experts

Il peut y avoir des avantages à adapter aux groupes cliniques LGBTQI2+ tout au long de la vie, et aucun effet néfaste n'a été constaté. Le comité d'experts a déterminé que les membres de la communauté LGBTQI2+ apprécieraient des groupes cliniques adaptés à la promotion de la santé, à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques. Le comité d'experts a identifié des lacunes dans les données probantes relatives à la fois à la représentation du type d'affections cliniques et aux membres de la communauté LGBTQI2+, qui ne sont pas bien étudiés dans les données probantes.

Le comité d'experts a noté que la certitude des données probantes pour les groupes cliniques était faible ou très faible, que la fiabilité des données probantes était modérée et que la représentation de certaines populations LGBTQI2+ était absente. Le comité d'experts a donc décidé que cette recommandation était conditionnelle.

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts

- Le comité d'experts a souligné que les organisations de services de santé (santé communautaire et publique, soins primaires, cliniques externes) devraient mettre en place des groupes cliniques chargés de la promotion de la santé et de la prise en charge des maladies chroniques des membres de la communauté LGBTQI2+ tout au long de leur vie.
- Les professionnels de santé devraient suivre un processus structuré afin de déterminer les groupes cliniques les plus pertinents et pourraient envisager de commencer par une enquête pour déterminer quels groupes de personnes seraient les plus intéressés.
- La vie privée et la confidentialité doivent être préservées, quelle que soit l'appartenance au groupe. Les professionnels de santé doivent être conscients du fait que des personnes sont « démasquées » à cause de leur appartenance à un groupe.
- Les groupes cliniques pour les membres de la communauté LGBTQI2+ doivent être promus avec les autres groupes cliniques afin d'éviter la stigmatisation et l'exclusion.
- Dans les cas où les ressources font défaut et où des groupes spécialisés ne sont pas disponibles, les organisations de services de santé doivent envisager le recours à des facilitateurs pairs ou à des approches fondées sur l'autonomisation comme stratégies de rechange pour répondre aux besoins de santé des membres de la communauté LGBTQI2+ .

Tableau 16 : Notes de pratique sur les données probantes

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Facteur conceptuel de la participation des intervenants/ communauté</p>	<p>La majorité des études ont impliqué la population cible de l'intervention de groupe dans le développement du programme. Parmi les exemples d'approches de la participation communautaire, citons les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une approche par étapes a été utilisée dans l' adaptation et l'évaluation d'une intervention comportementale de prévention du VIH et des ITS auprès de jeunes adultes transsexuels afin d'examiner leurs besoins en matière de santé sexuelle, ainsi que les préoccupations et les facteurs de stress auxquels ils font face (194); ■ l'intervention MyPEEPS a été en partie élaborée sur la base d'entretiens réalisés auprès d'un échantillon multiethnique de 21 jeunes HARSAH (196); ■ entretiens avec des informateurs clés pour recueillir l'avis des intervenants des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FARSAF), y compris les prestataires de services sociaux et de santé des FARSAF (197); ■ la réaction des groupes de discussion et d'un groupe pilote pour affiner le programme et les procédures d'intervention (204); ■ un groupe clinique proposé aux homosexuels, bisexuels et autres HARSAH hispaniques/latinos a été mis sur pied sur la base d'une collecte de données préliminaires identifiant les besoins de cette population (206); ■ l'intervention Sheroes a été élaborée en collaboration avec des membres de la communauté transgenre, ainsi qu'avec le personnel et les membres d'un conseil consultatif communautaire. Toutes comprenaient une majorité de femmes transgenres de couleur (188).
<p>Facteur conceptuel de l'approche fondée sur l'autonomisation</p>	<p>La majorité des études comprises ont utilisé une approche basée sur l'autonomisation pour guider la prestation de l'intervention clinique dans le cadre de l'amélioration de la confiance et de l'estime de soi des participants et de la promotion de l'auto-efficacité et les comportements sûrs. Voici des exemples de l'utilisation d'une approche fondée sur l'autonomisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dans l'optique de la motivation des jeunes femmes transgenres (JFT) à se protéger et à promouvoir des comportements sûrs, approche comprenant un contenu de prévention du VIH adapté aux facteurs environnementaux auxquels sont confrontées les JFT, tels que la sécurité du logement, l'accès aux soins médicaux, l'obtention d'un emploi et l'attrait du commerce du sexe (191); ■ groupe clinique offert aux lesbiennes de plus de 40 ans pour l'amélioration leur confiance et leur estime de soi par la promotion d'un poids corporel sain (tout en évitant les normes hétérosexuelles de poids), l'acceptation des femmes de toutes tailles, des objectifs réalistes et réalisables et la prise en compte des facteurs de stress auxquels les lesbiennes sont confrontées (211); ■ groupe clinique sur une alimentation et une sexualité saines pour les hommes noirs ayant des relations sexuelles avec des hommes (212); ■ exemples historiques et actuels valorisants de femmes transgenres de couleur et la promotion d'alliances entre femmes transgenres grâce à la création de communautés (188); ■ intervention étayée par la théorie de l'autonomisation⁶ auprès d'un petit groupe de HARSAH noirs et de femmes noires après leur incarcération afin d'améliorer l'autosoin grace la formation en prévention du VIH(187).

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Conception à multiples composantes et en plusieurs séances</p>	<p>Toutes les études incluses ont offert un contenu d'intervention adapté à une ou à des populations particulières LGBTQI2+ décrites et ont consisté en des prestations à composantes multiples et en plusieurs séances.</p> <p>Parmi les exemples précis de conceptions à plusieurs séances, citons les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ interventions de groupe de deux heures en personne, dirigées par des pairs et dispensées pendant sept semaines par des hommes homosexuels séropositifs, qui comprenaient l'apport de connaissances, la motivation pour aider les participants à identifier leurs objectifs personnels en matière de santé sexuelle et à résoudre toute ambivalence entre leurs objectifs personnels et leur comportement actuel, ainsi que le renforcement des compétences comportementales, comme l'affirmation de soi dans les situations sexuelles (195); ■ six séances de deux à trois heures d'une intervention de groupe offerte aux femmes LBQ, qui donnent l'occasion de s'informer sur les ITS, les stratégies de rapports sexuels protégés et les compétences de négociation, de créer une communauté et de combattre les stigmates liés à la sexualité par des discussions ouvertes (197); ■ séances d'échange en groupe « Poz Talk », sous forme de deux ateliers de deux heures animés par des pairs, pour apporter un soutien social et renforcer les stratégies de gestion du stress et de réduction des risques sexuels (216); ■ six séances de deux heures en petit groupe sur trois semaines pour aborder le risque de VIH (187); ■ cinq séances de groupe hebdomadaires avec des femmes transgenres sur la fierté transgenre, la réduction des risques sexuels ainsi que la survie et l'épanouissement (188).
<p>Animateurs pairs dirigeant des groupes cliniques</p>	<p>La majorité des études ont réalisé l'intervention de groupe clinique avec l'aide d'animateurs pairs.</p> <p>La formation en santé par les pairs a été utilisée dans plusieurs études axées sur la santé sexuelle, y compris celles portant sur la prévention du VIH et d'autres ITSS. Voici des exemples précis de stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ proposition de pairs comme animateurs de groupes cliniques lorsque l'animation par les pairs enracine le groupe dans la communauté et favorise les expériences des participants en matière de sécurité, de confort et de sens de la communauté (215); ■ animateurs pairs dirigeant la mise en œuvre de l'intervention ont participé aux échanges de groupe clinique et aux activités de jeu de rôle, ce qui a favorisé la mise en œuvre des nouvelles connaissances et a permis aux participants d'acquérir de nouvelles compétences (206); ■ pairs mettant en place une intervention de réduction du risque de VIH pour les HARSAH urbains à risque qui participent régulièrement à des activités sexuelles privées (186); ■ pairs dispensant des interventions en matière de réduction des risques liés au VIH et aux ITSS pour les HARSAH et les femmes noires après leur incarcération (187).

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Accès aux groupes cliniques</p>	<p>Les études incluses permettaient d'accéder aux groupes cliniques par diverses méthodes (en personne, en ligne, par les réseaux sociaux, par téléphone) afin d'accroître la portée de l'intervention de groupe clinique pour les membres de la communauté LGBTQI2+ .</p> <p>Voici des exemples de stratégies en matière de promotion de l'accès aux groupes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ contenu dispensé en personne dans un lieu communautaire (185-187, 190, 194); ■ utilisation des réseaux sociaux (198); ■ technologie téléphonique (200); ■ prestation en ligne (189, 202, 209).
<p>promotion de la possibilité d'échanges en groupe.</p>	<p>La majorité des études se sont concentrées sur l'offre de possibilités d'échanges en groupe en tant que composante du groupe clinique afin de faciliter les occasions de nouer les amitiés ainsi que de mettre en place un soutien social, de pratiquer des jeux de rôle et de développer un sentiment de communauté parmi les participants.</p> <p>Les échanges de groupe ont porté sur les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ communication d'expériences de rencontre en ligne, d'expériences en matière de négociation et de sécurité des préservatifs, ainsi que discussions sur des « scénarios » de réduction de comportements sexuels à risque (192); ■ échanges en groupe sur la prévention du VIH et des ITS permettant notamment la transmission de nouvelles connaissances et la pratique de nouvelles compétences (par exemple, négocier l'utilisation du préservatif) (206); ■ échanges en groupe en ligne comprenant des possibilités de jeux de rôle pour générer des exemples et répéter les façons de communiquer les messages de prévention du VIH aux participants (209); ■ échanges sur les déterminants environnementaux du comportement en matière de santé, notamment la taille et la qualité des réseaux de soutien ainsi que les répercussions de la toxicomanie et de l'alcoolisme sur la santé et la prise de décision, de même qu'élaboration de stratégies visant à développer les communautés de soutien (214).

RECOMMANDATIONS

Ressources justificatives

Voir à l'**annexe L** des exemples de groupes cliniques LGBTQI2+ qui offrent des services de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques.

RECOMMANDATION 4.1 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en œuvre des interventions de groupe pour les membres de la communauté LGBTQI2+ en tenant compte des déterminants sociaux de la santé. Ces interventions de groupe doivent être inclusives et faciliter l'accès aux membres de la communauté LGBTQI2+ mal desservies, notamment les personnes bispirituelles, noires, autochtones et de couleur, les personnes âgées, les jeunes, les migrants et les personnes handicapées.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Les interventions de groupe sont comprises dans la vaste catégorie des interventions communautaires, définies comme des groupes sociaux ou familiaux liés par des réseaux, une situation géographique ou un autre facteur commun. Les interventions de groupe peuvent comprendre des groupes de soutien, mais aussi des interventions de groupe complexes telles que la formation aux techniques d'adaptation ou le counseling (217).

Des données probantes quantitatives suggèrent que les personnes qui participent à des interventions de groupe personnalisées LGBTQI2+ sur les déterminants sociaux de la santé et comprenant des communautés mal desservies peuvent bénéficier d'un meilleur soutien social et d'une meilleure prise en charge personnelle, de même que faire état d'expériences positives du programme et d'une plus grande acceptation de la part de leurs pairs. Toutefois, les données probantes sont très incertaines (218-221). Deux études quantitatives ont révélé que les participants à un groupe de soutien ou à un programme de conseil des jeunes des minorités sexuelles et de genre (MSG), réalisées dans un cadre communautaire, ont rapporté des expériences positives (évaluées par des questionnaires de satisfaction et d'acceptabilité) (218, 219). Trois études ont évalué les effets d'un programme de groupe sur l'auto-soin et ont signalé une amélioration des capacités d'adaptation ou d'une diminution des comportements à risque tels que l'alcoolisme (218, 219, 221). Deux études ont évalué les effets sur le soutien social d'un groupe de halte-accueil axé sur la santé mentale et d'un programme de conseil en milieu scolaire, tous deux adaptés aux jeunes de MSG (219, 220). Plus les jeunes de MSG fréquentaient le groupe de halte-accueil, plus leur soutien social et/ou leur sentiment d'appartenance augmentaient (220). Toutefois, le soutien social n'a pas augmenté pour les jeunes de MSG dans un programme de conseil en milieu scolaire (219). Veuillez vous reporter aux « Notes pratiques » du **tableau 17** pour plus d'information sur les interventions de groupe tirées des données probantes.

Des données probantes qualitatives relèvent que les interventions de groupe sur les déterminants sociaux de la santé peuvent apporter un meilleur soutien social et améliorer les expériences des participants. Neuf études qualitatives ont exploré les avantages perçus des interventions inclusives de groupe tels que vécus par les participants LGBTQI2+ (222-230). Les participants ont signalé une amélioration de la confiance en soi et de l'acceptation de soi à la suite d'interventions de groupe destinées aux femmes lesbiennes et bisexuelles adultes, aux transgenres, aux jeunes de MSG, aux membres de communautés LGBT souffrant de déficiences intellectuelles et vivant en institution, ainsi qu'aux réfugiés et nouveaux arrivants de communautés LGBTQ et originaires d'Afrique et des Caraïbes (222-229). En outre, les participants apprécient les interactions de groupe qui affirment leur identité sexuelle et de genre (222-229) et ils déclarent avoir bénéficié d'un meilleur soutien social grâce à un plus grand sentiment d'appartenance et à une réduction des sentiments d'isolement social et de solitude (222-230). Les participants à un groupe de halte-accueil ciblant les jeunes MSG et à un groupe de soutien pour les **réfugiés**^G et les nouveaux arrivants membres de communautés LGBT et originaires d'Afrique et des Caraïbes au Canada ont déclaré que les expériences vécues dans ces groupes de soutien leur ont offert des stratégies de négociation d'un logement et d'un emploi et d'accès aux ressources des services de santé. Ils ont également déclaré avoir amélioré leurs amitiés et leurs relations interpersonnelles (acceptation par les pairs) grâce à

l'offre d'un espace sûr (222, 223). Enfin, les participants à une étude ont vécu une amélioration de l'auto-soin grâce à l'élaboration de stratégies d'adaptation (229).

La certitude de données probantes est faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour réaliser les études. La fiabilité des données probantes était faible en raison de certaines préoccupations relative aux limites méthodologiques dans la façon dont certaines études qualitatives ont été réalisées, de préoccupations mineures relatives à la pertinence (certains contextes d'étude étaient indirects et n'incluaient pas toutes les communautés LGBTQI2+), et de préoccupations mineures relatives la richesse des données. Pour plus d'information relatives à des interventions de groupe sur les résultats signalés et l'évaluation des données probantes, veuillez vous reporter aux profils de données probantes accessibles ici (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Valeurs et préférences

Les données probantes relèvent que les membres de la communauté LGBTQI2+ ont déclaré qu'elles acceptaient et donnaient une note positive aux interventions de groupe (218, 219, 229). Les jeunes de MSG qui ont participé à un programme de halte-accueil ont convenu que le soutien social et les relations interpersonnelles sont très primordiales (222). La majorité des femmes les biennes et bisexuelles plus âgées participant à un groupe de soutien pour favoriser les amitiés et le sentiment d'appartenance ont déclaré qu'elles préféreraient nettement que leur groupe de soutien soit adapté aux personnes de même sexe, de même sexualité et de même génération (224).

Équité dans l'accès aux soins

Plusieurs études évaluant les effets et les expériences des interventions de groupe LGBTQI2+ ciblant les communautés mal desservies ont été réalisées auprès de jeunes issus de minorités sexuelles et de genre (218-222, 225, 228, 229). La majorité des groupes cliniques étudiés étaient accessibles dans de grandes communautés urbaines, mais une intervention n'a été proposée que virtuellement (230). Les études axées sur des personnes LGBTQ, pansexuelles et non binaires. Une étude comprenait un participant bispirituel. Aucune personne intersexuée n'a participé aux études. La majorité des interventions de groupe LGBTQI2+ proposées dans les études tenaient compte des expériences croisées de l'orientation et de l'identité sexuelle avec l'âge, la race, l'ethnicité ou le handicap. Une étude a adapté le groupe de soutien par les pairs aux besoins des hommes noirs queers effectuant des recherches en milieu universitaire (226). Une autre étude a proposé une intervention de groupe de soutien social ciblant les réfugiés et les nouveaux arrivants LGBT africains et caribéens (223). Des participants présentant une déficience intellectuelle et vivant dans une maison de soins ont participé à un groupe de soutien LGBT (227).

Le comité d'experts a noté que certaines organisations de services de santé peuvent avoir des difficultés à mettre en place des groupes cliniques à cause de ressources limitées ou de la taille de la communauté. De plus, l'accès des individus aux interventions de groupe peut être entravé par des coûts directs et indirects tels que les frais d'inscription et de transport.

Conclusions du comité d'experts

En se fondant conventionnellement sur l'approche GRADE, cette recommandation aurait été votée conditionnelle, puisque la certitude de l'effet des données probantes était très faible et leur fiabilité était faible. En se fondant sur l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, y compris les inconvénients de ne pas respecter la recommandation, ainsi que les valeurs et les préférences et l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts est parvenu à un consensus quant à une recommandation forte. Il peut y avoir des avantages aux interventions de groupe LGBTQI2+ sur les déterminants sociaux de la santé pour les communautés mal desservies - telles que les personnes bispirituelles, noires, autochtones et de couleur, les personnes âgées, les jeunes, les **migrants**^G et les personnes handicapées, et aucun effet néfaste n'a été constaté. Toutefois, le comité d'experts a noté que l'absence de mise de œuvre d'interventions de groupe pouvait avoir des effets néfastes, notamment des problèmes d'accès aux services de santé pour les groupes mal desservis. Les membres du comité d'experts ont souligné les effets potentiels des multiples vulnérabilités intersectionnelles et des inégalités en matière de santé qui peuvent affecter les communautés mal desservies. Dans la littérature, les participants qui ont eu accès à des interventions de groupe les apprécient beaucoup. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts :

- Il est primordial de souligner que les personnes bispirituelles sont mal desservies. Les données probantes ne comprenaient pas la représentation des personnes bispirituelles, et le comité d'experts reconnaît que les personnes bispirituelles peuvent ne pas être visibles dans les recherches publiées dans les revues évaluées par les pairs.
- Proposer des interventions de groupe virtuelles et par téléphone peut améliorer l'accès aux personnes vivant dans des zones rurales ou à celles qui, pour une raison quelconque, ne peuvent pas y participer en personne.
- Il est primordial de proposer des interventions de groupe aux membres de la communauté LGBTQI2+ dans un environnement sûr. La vie privée et la confidentialité doivent être préservées, quelle que soit l'appartenance à un groupe. Les professionnels de santé doivent être conscients du fait que des personnes sont « démasquées » à cause de leur appartenance à un groupe. Les interventions de groupe pour les membres de la communauté LGBTQI2+ ne doivent pas se dérouler dans des lieux où la participation au groupe pourrait accidentellement dévoiler la situation d'une personne et lui causer un inconfort et/ou un stress indésirable.
- Sachez que certaines personnes, en particulier dans les petites communautés ou les communautés rurales, peuvent ne pas vouloir participer à des interventions de groupe par crainte de révéler leur identité sexuelle.

Tableau 17 : Notes de pratique sur les données probantes

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
Zoom sur l'espace sûr	<p>Plusieurs études ont identifié un espace sûr comme une caractéristique importante d'un groupe LGBTQI2+. Les caractéristiques d'un espace sûr pour les interventions en groupe sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un environnement accessible, confidentiel et positif où les participants se sentent responsabilisés peuvent créer des liens et nouer des amitiés, et où les gens trouvent le sentiment d'appartenance dont ils ont tant besoin (218, 222, 224, 228-230). ■ des espaces où la sécurité est ressentie à la fois physiquement et émotionnellement et où les participants se sentent plus en sécurité pour s'exprimer sans crainte de jugement (218, 219, 222-224, 227, 228, 230). ■ voir plus d'information à la recommandation 2.0 sur les espaces sécurisés.
Orientation fondée sur l'autonomisation	<p>Quatre études ont utilisé une approche fondée sur l'autonomisation pour réaliser des interventions de groupe (219, 222, 225, 228).</p> <p>Les stratégies spécifiques comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un accent sur l'estime de soi et la confiance en soi (219, 222, 228); ■ des modèles à émuler (222); ■ la participation active qui se concentre sur le renforcement de la résilience personnelle (225).

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>une direction ou une animation par des pairs ou des alliés.</p>	<p>Six études ont utilisé un modèle de prestation dirigé par un pair ou un allié (218, 220-222, 226). Plus précisément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un soutien au niveau des groupes sans rendez-vous pour les jeunes issus des minorités sexuelle et de genre, dirigé par des jeunes leaders et soutenu par des animateurs adultes, soit des membres formés appartenant à la communauté (220-222); ■ petit groupe d'enseignement de 8 modules sur les compétences d'adaptation cognitivo-comportementales affirmatives, dirigé par des co-animateurs qui sont des membres de la communauté et des pairs alliés (218); ■ groupe de soutien hebdomadaire pour les hommes noirs queers, animé par des pairs étudiants (226); ■ réseau de soutien par les pairs en ligne (230).
<p>Conception fondée sur les échanges</p>	<p>Douze études ont utilisé les échanges comme élément de la stratégie d'exécution des interventions de groupe (218-223, 225-230).</p> <p>Ces sujets d'échanges comprennent les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ événements, questions et expériences dans la vie des participants (220-222, 228); ■ emploi, immigration, logement et santé des LGBTQ (223); ■ échanges animées qui ont noté les histoires des autres participants et les répercussions de la discrimination sur leurs sentiments et leurs comportements (218); ■ dialogue sur leurs expériences et stratégies pour faire face à la marginalisation en tant qu'hommes noirs queers sur le campus (226). ■ échanges d'expériences transphobes et échanges autour de solutions et de stratégies de résolution de problèmes (225); ■ échange et formation en matière de la sexualité, stratégies pour faire face aux injures ainsi qu'aux discussions sociales (227); ■ dix-sept sujets d'échanges structurés abordés dans une étude, notamment l'identité, la révélation de l'identité sexuelle, le respect et les limites, la santé mentale, la communauté et les liens, la communication, la sécurité et les alliés (229).

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Formation sur mesure et contenu axé sur les compétences</p>	<p>Six interventions de groupe ont utilisé une formation sur mesure et un contenu axé sur les compétences dans le cadre d'interventions de groupe axées sur les déterminants sociaux de la santé (218, 219, 222, 223, 227, 229).</p> <p>Les éléments particuliers de la formation et des compétences comprenaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ développement de la résilience des communautés, en facilitant l'accès aux ressources telles que le logement, les services de santé et le renforcement des compétences professionnelles (223); ■ compétences d'adaptation cognitivo-comportementale affirmative (218); ■ pratique d'une prise de décision saine et gestion du stress (219); ■ formation à la santé sexuelle des LGBT, échanges sur les stratégies de lutte contre la discrimination et la stigmatisation et développement de liens communautaires pour les besoins et soutiens futurs (227); ■ séances portant sur les compétences et les mécanismes d'adaptation liés aux relations saines, à la révélation de l'identité et au stress des minorités (229).

Ressources justificatives

Voir à l'[annexe L](#) des exemples d'organisations proposant des interventions de groupe axées sur les déterminants sociaux de la santé des membres de la communauté LGBTQI2+ et à l'[annexe K](#) des ressources autochtones et bispirituelles.

FORMATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES ET LES ORGANISATIONS DE SERVICES DE SANTÉ

RECOMMANDATION 5.0 :

Le comité d'experts recommande aux établissements universitaires d'intégrer un contenu positif sur la santé des LGBTQI2+ dans les programmes d'études de tout l'effectif étudiant qui se destine aux professions de santé.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Les données probantes suggèrent que l'intégration d'un contenu affirmatif sur la santé des LGBTQI2+ dans les programmes d'études des étudiants entrant dans les professions de la santé peut améliorer leurs connaissances, leurs compétences et leur expérience (54, 231-271). Le comité d'experts a estimé qu'il était important d'inclure un contenu affirmatif sur la santé, car une grande partie du contenu existant est cisnormatif et hétéro-normatif et peut être stigmatisant ou pathologisant. L'affirmation fait référence à un processus interpersonnel et interactif par lequel une personne reçoit une reconnaissance sociale et un soutien pour son identité sexuelle et de genre et son expression de genre (272). Les contenus affirmatifs relatifs à la santé soutiennent et acceptent les personnes et les communautés LGBTQI2+. Huit études ont explicitement inclus un contenu affirmatif relatif à la santé (232, 236, 240, 249, 256, 262, 268, 270). Parmi les exemples de contenu affirmatif en matière de santé dans la littérature, on peut citer les suivants :

- Deux études ont inclus la réflexion et le dialogue sur les préjugés et stéréotypes propres à l'effectif étudiant comme une partie nécessaire de l'éducation sur la fourniture de soins favorables aux membres des communautés LGBT (236, 268).
- Une étude a évalué la dispensation d'un cours sur les soins aux jeunes transgenres destiné aux résidentes et résidents en pédiatrie et à l'effectif étudiant praticien en soins infirmiers. Le cours sur les soins tenant compte de l'identité sexuelle comprenait une formation sur la communication interpersonnelle, les thérapies médicales et le soutien psychosocial qui affirment les individus dans leur identité sexuelle (240).
- Deux études sur la santé des LGBT comprenaient un module ou une séance sur l'offre de soins affirmatifs (232, 270).
- Un programme de formation de la santé tenant compte de l'égalité des sexes, destiné aux étudiants en deuxième année de médecine, comprenait un apprentissage basé sur des cas (262).

Les études ont évalué les effets de l'intégration du contenu relatif à la santé LGBTQI2+ dans la formation collégiale ou universitaire pour les étudiants entrant dans les professions de la santé sur les connaissances et les compétences de l'effectif étudiant et sur leur expérience. La majorité des études ont révélé que l'intégration du contenu relatif à la santé LGBTQI2+ dans la formation collégiale ou universitaire peut améliorer les connaissances et les compétences des étudiants ainsi que leur expérience (54, 231-266). Deux revues systématiques d'études non randomisées ont signalé une augmentation des connaissances de l'effectif étudiant dans toutes les études (54, 231). Une revue systématique a fait état d'une augmentation des compétences de l'effectif étudiant (231), tandis que l'autre a fait état de résultats incohérents en termes d'attitudes de l'effectif étudiant entre la période pré- et post-intervention (54). Trente-cinq autres études non randomisées complémentaires ont porté sur les connaissances et les compétences des étudiants, la majorité d'entre elles ont signalé un effet positif de la formation (232-266). Cinq des 35 études ont examiné l'expérience de l'effectif étudiant en matière de formation par le biais d'une variété de sondages d'évaluation et les étudiants de toutes les études ont évalué positivement l'expérience de la formation (233, 247, 260, 263, 267).

Neuf études qualitatives ont exploré les avantages perçus de l'intégration du contenu relatif à la santé des membres de la communauté LGBTQI2+ dans la formation professionnelle sur l'expérience des étudiants (231, 236, 249, 264, 266, 268-271) et une étude a exploré les avantages perçus sur les connaissances et les compétences (268). Les étudiants ont signalé des expériences de cours positives et ont décrit une ouverture et un confort accrus liés au contenu relatif à la santé des LGBTQI2+ grâce à un nouvel apprentissage sur la conscience de soi concernant les préjugés, le pouvoir et les privilèges personnels (231, 236, 249, 264, 266, 268-271). Les étudiants ont exprimé le désir de créer une ouverture et une sensibilisation dans les milieux de pratique et d'être un allié chez les membres de la communauté LGBTQI2+ (231, 236, 249, 264, 266, 268-271).

Voir les détails de l'offre et du contenu de la formation dans les « Notes pratiques » ci-dessous.

Aucun inconvénient n'a été signalé dans les études.

La certitude globale de la preuve est faible en raison des limites relatives à la façon dont les études ont été réalisées, de l'incohérence dans la façon dont les résultats ont été mesurés et de la petite taille de l'échantillon pour le résultat de l'expérience de l'effectif étudiant. La fiabilité globale des données probantes des résultats qualitatifs était faible en raison de certaines préoccupations relatives aux limites méthodologiques des études individuelles et l'adéquation des données. Pour en savoir plus sur l'effet de l'intervention sur chaque résultat, voir les profils de données probantes accessibles ici (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Valeurs et préférences

Cinq études ont recueilli des commentaires grâce aux sondages ou d'évaluations post-séance (239, 242, 246, 247, 250). L'effectif étudiant a fortement apprécié l'intervention éducative dans toutes les études (239, 242, 246, 247, 250). Lorsque des étudiantes et étudiants ont formulé des propositions d'amélioration, ils ont suggéré que les séances de formation soient obligatoires, qu'elles soient davantage axées sur les compétences ou l'**apprentissage par expérience**^G et qu'elles offrent plus de possibilités d'échanges interprofessionnels (239, 242).

Les valeurs et les préférences apparaissent également dans les études qualitatives. Dans une étude, les étudiantes et étudiants en counseling ont déclaré qu'ils avaient besoin d'être davantage exposés aux communautés LGBT (236).

Équité dans l'accès aux soins

La majorité des formations comprenaient un contenu relatif à la santé des personnes LGBT. (54, 231, 232, 247, 249, 251-253, 257, 260, 261, 263-266, 269, 270). La santé des personnes transgenres ou non binaires était le seul point de mire de seize études (234, 237, 240-246, 248, 255, 256, 258, 259, 262). Une étude s'est concentrée uniquement sur la santé des minorités sexuelles (233). La formation en la santé des personnes bispirituelles ou intersexuées n'était pas présente dans les données probantes.

Dans les cours, les considérations intersectionnelles étaient limitées. Toutefois, une étude a porté sur un module de formation sur l'intersectionnalité de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de la race ou ethnicité (266).

Conclusions du comité d'experts

Cette recommandation aurait été un énoncé de pratiques exemplaires, mais le comité d'experts a convenu qu'il était important de poser une question de recommandation pour évaluer les données probantes de les effets potentiels de l'intégration d'un contenu de formation à la santé affirmant LGBTQI2+ dans la formation de tout l'effectif étudiant entrant dans les professions de santé. En outre, ces données probantes peuvent soutenir les formateurs et les institutions académiques en fournissant des informations détaillées sur la dispensation de cette formation décrite dans les données probantes. Il pourrait être avantageux pour les établissements universitaires d'intégrer un contenu affirmatif sur la santé des membres de la communauté LGBTQI2+ dans les programmes d'études de l'effectif étudiant entrant dans les professions de santé. Il n'y a aucun inconvénient à fournir un tel contenu à l'effectif étudiant qui entre dans les professions de santé. La certitude et la fiabilité données probantes est faible. Toutefois, le comité d'experts a noté que les préjudices (psychologiques, émotionnels et physiques) de l'absence de formation pouvaient être substantiels. Le comité d'experts a également noté que si les étudiants entrant dans les professions de santé ne reçoivent pas de formation, les populations LGBTQI2+ ont le fardeau d'expliquer continuellement leurs propres identités et leurs propres besoins de santé. Les participants aux études ont apprécié la formation qu'ils ont reçue, et certains ont souhaité en recevoir davantage. Bien que la certitude des données probantes soit faible, il est éthiquement sain de garantir

l'offre d'une formation affirmative et précise sur la prise en charge des communautés LGBTQI2+ à tous les fournisseurs de soins de santé qui entrent en pratique. Ainsi, le comité d'experts a décidé que la force de la recommandation était élevée (« forte »).

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts

- Le comité d'experts a déclaré que la formation doit être obligatoire et que ce contenu ne doit pas être facultatif.

Tableau 18 : Notes de pratique du comité d'experts

COMPOSANTE DE LA FORMATION	DÉTAILS DE LA FORMATION
Contenu relatif à la santé à l'affirmation LGBTQI2+ (pratiques réflexives, connaissances théoriques, apprentissage expérientiel).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harmonisation du contenu de formation avec les cadres généraux de l'intersectionnalité, de l'anti-oppression et de la décolonisation (voir la section sur le contexte). ■ L'apprentissage est obligatoire. ■ Les contenus relatifs à la santé doivent être évalués par des experts en contenu et des membres de la communauté LGBTQI2+ afin de limiter les risques de préjudice. Ce contenu doit être régulièrement réévalué pour s'assurer que toute l'information, y compris le langage et la terminologie, est appropriée et à jour.
Stratégies d'intégration d'un contenu affirmatif sur la santé des LGBTQI2+ dans l'ensemble du programme de formation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un contenu relatif à la santé de quantité suffisante peut être intégré dans les cours du programme d'études au cours de chaque année du programme. ■ Inclure les membres de la communauté LGBTQI2+ dans les stages, les laboratoires de simulation, les études de cas, les vignettes médicales et les questions d'examen (au-delà de l'endocrinologie et des pathologies reproductives). Exemples : <ul style="list-style-type: none"> □ une lesbienne atteinte d'un cancer du haut du corps, un homme dont le partenaire souffre d'une insuffisance cardiaque, un scénario de fin de vie avec une femme noire et sa partenaire féminine, une femme transgenre atteinte d'une pneumonie; □ inclure des exemples de personnes non binaires ou transgenres dans les soins de grossesse et d'accouchement. ■ Inclure des présentations et des dialogues avec les membres de la communauté LGBTQI2+ ayant une expérience concrète. ■ Inclure les membres de la communauté LGBTQI2+ comme patients normalisés, ainsi que dans les cas cliniques et les examens cliniques objectifs structurés (ECOS).

COMPOSANTE DE LA FORMATION	DÉTAILS DE LA FORMATION
Stratégies d'intégration d'un contenu affirmatif sur la santé des LGBTQI2+ dans l'ensemble du programme de formation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inclure les membres de la communauté LGBTQI2+ dans l'élaboration et dans les exemples de plans de soins infirmiers. ■ Cours de santé propres aux membres de la communauté LGBTQI2+. ■ Santé des LGBTQI2+ comme un sujet à part entière.
Rôle du corps enseignant	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les responsabilités de formation doivent être partagées par tous les formateurs et ne pas être attribuées exclusivement aux professeurs, au personnel ou aux employés LGBTQI2+. ■ Offrir une formation à l'ensemble du corps enseignant et du personnel.

Détail des données

Confort et sécurité de l'effectif étudiant dans un lieu d'apprentissage : L'effectif étudiant entrant dans les professions de santé ont estimé que la création d'un espace de dialogue sûr était important. La mesure dans laquelle les étudiantes et étudiants se sentent libres de prendre des risques en partageant leurs opinions et leurs histoires personnelles dépend de leur niveau de confort et de sécurité dans leur lieu d'apprentissage (236, 268).

Tableau 19 : Notes de pratique sur les données probantes

INTERVENTION PRINCIPALE	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
Connaissances théoriques	<p>Les éléments du contenu éducatif sur les connaissances théoriques incluaient ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sécurité ou compétence culturelle (232, 239, 241) : <ul style="list-style-type: none"> □ trois cours comprenaient du contenu relatif à l'offre des soins favorables aux LGBT en tant que stratégie d'opérationnalisation de la sécurité culturelle (232, 236, 240). ■ Termes et terminologie (231, 233, 235-238, 242, 269) : <ul style="list-style-type: none"> □ dans certains cours, il était question de définir les concepts généraux de sexe, de genre, d'identité de genre, de trans, de rôle sexuel social et d'orientation sexuelle, ainsi que de comprendre la différence entre orientation sexuelle et identité de genre. ■ L'approche de l'anamnèse (231-233, 239, 240, 269) comprenait un examen physique sensible, une anamnèse psychosociale et une anamnèse de la santé sexuelle. ■ Inégalités en matière de santé (231-233, 237-239, 241, 269). ■ Contenu relatif à la santé mentale (232, 238-240).

INTERVENTION PRINCIPALE	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Connaissances théoriques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes juridiques rencontrés par les personnes et les familles LGBTQI2+ (232, 233, 238, 241). ■ Contenu propre à la santé transgenre et non-binaire : <ul style="list-style-type: none"> □ définitions des concepts et termes clés (la différence entre l'orientation et l'identité sexuelle et la définition de transgenre) (234, 235, 237, 239, 240, 242); □ développement du genre (240, 242); □ utilisation de la langue, y compris le pronom et le nom choisis (234, 239, 240); □ anamnèse et réalisation d'un examen physique (240); □ préjugés, attitudes et transphobie (237, 242); □ introduction aux processus de transition (médicaux, juridiques et sociaux) (233, 240); □ soins médicaux et chirurgicaux des personnes transgenres, y compris l'hormonothérapie (235, 237, 240, 242).
<p>Pratiques de l'autoreflexion</p>	<p>La pratique de l'autoreflexion personnelle est essentielle pour l'effectif étudiant qui entre dans les professions de santé. La réflexion est définie comme une activité humaine importante au cours de laquelle les gens déconstruisent leurs propres hypothèses, valeurs et préjugés personnels, y réfléchissent, les méditent et les évaluent (273). L'autoreflexion peut accroître les connaissances des étudiants sur la santé des LGBTQI2+, augmenter leurs compétences et améliorer leurs expériences. L'effectif étudiant a déclaré avoir fait preuve d'une plus grande ouverture d'esprit et d'un plus grand confort en matière de questions de santé et des pratiques LGBTQ grâce à l'autoreflexion et à la sensibilisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'effectif étudiant a participé à un apprentissage d'auto-réflexion qui comprenait la tenue d'un journal, la participation à une auto-évaluation et l'engagement dans des échanges et des dialogues de petits groupes. Les étudiants ont participé à une autoreflexion sur la prise de conscience de leurs préjugés personnels, ont déconstruit leurs croyances actuelles sur la sexualité et le genre et se sont concentrés sur l'analyse des questions politiques et sociales affectant la vie des personnes LGBT vivant dans un contexte hétéronormatif (236, 268). ■ Un programme de formation des alliés destiné aux étudiants a animé les échanges sur les préjugés et les perceptions liés aux communautés LGBT (236).

INTERVENTION PRINCIPALE	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Possibilités d'apprentissage par l'expérience</p>	<p>L'apprentissage par l'expérience est une stratégie de formation où les apprenants participent à une expérience directe et à une réflexion ciblée afin d'accroître leurs connaissances, de développer leurs compétences, de clarifier leurs valeurs et de développer leur capacité à contribuer à leurs communautés (274). Les stratégies d'apprentissage par l'expérience suivantes ont été utilisées dans les cours de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ comité de conférenciers membres de la communauté LGBTQI2+ (232, 238); ■ jeux de rôle (234); ■ vignettes médicale [études de cas] (234); ■ discussions de groupe (234); ■ stage clinique à option avec possibilités de soins directs (242); ■ comité de personnes ayant une expérience concrète (237); ■ laboratoire de simulation (269).
<p>Prestation de formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les cours, à l'exception d'un, ont été dispensés en personne. ■ Un cours sur la santé des transgenres a été proposé en ligne exclusivement en six modules courts de 15 minutes (240). Cette conception a été utilisée pour s'intégrer dans le cadre d'une rotation d'un mois en médecine de l'adolescence pour les résidentes et résidents en médecine et l'effectif étudiant en soins infirmiers praticiens.
<p>Durée du cours</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La majorité des cours étaient dispensés en plusieurs séances allant de 4 à 14 (232, 236-240, 269). La durée totale de ces cours variait de 1,5 heure à 26 heures. ■ Plusieurs cours n'ont été dispensés en une seule séance, d'une durée allant de 45 minutes à trois heures (233-236, 241, 242).

INTERVENTION PRINCIPALE	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p>Pédagogie/ méthodes de formation de la santé des LGBT :</p>	<p>Diverses méthodes de formation ont été utilisées. La plupart des études ont utilisé au moins deux méthodes, incluant souvent l'apprentissage par l'expérience :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conférences didactiques (232, 234, 235, 237, 238, 241, 242, 269); ■ modules d'apprentissage en ligne (237); ■ corps professoral et instructeurs LGBTQI2+ (233, 237); ■ échanges en petits groupes et ateliers (234, 268); ■ journal de réflexion (233, 268); ■ conférenciers de la communauté invités (y compris des conférenciers issus de la diversité raciale et des personnes handicapées) (238); ■ vidéos d'expériences concrètes (241); ■ apprentissage fondé sur des cas (238, 239); ■ groupes de films (238).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association of American Medical Colleges. « Integrating LGBT and DSD Content into Medical School Curricula ». Dans : <i>Association of American Medical Colleges</i> [Internet]. Washington (DC). 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.aamc.org/what-we-do/mission-areas/diversity-inclusion/lgbt-health-resources/videos/curricula-integration</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vidéo de trois leaders de la communauté médicale universitaire sur l'intégration du contenu relatif à la santé des LGBT dans les programmes de formation.
<p>Association of American Medical Colleges. « Clinical Vignettes ». Dans : <i>Association of American Medical Colleges</i> [Internet]. Washington (DC). 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.aamc.org/what-we-do/mission-areas/diversity-inclusion/lgbt-health-resources/clinical-vignettes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bibliothèque de vignettes médicales incluant des personnes LGBT. ■ Remarque : ce document est axé sur la formation médicale, mais il pourrait être largement adapté à d'autres prestataires de soins de santé ou facilement adapté.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association canadienne de santé publique. « Outils d'auto-évaluation »; Dans : <i>Association canadienne de santé publique</i>. [Internet]. Ottawa (Ont.) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/stigmascale_f.pdf</p> <p>Association canadienne de santé publique. « Soins sensibles aux traumatismes ». Dans : Association canadienne de santé publique. [Internet]. Ottawa (Ont.) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/STBBI-TVIC-toolkit_f.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil d'auto-évaluation de la stigmatisation liée aux ITSS. ■ Boîte à outils des soins tenant compte des traumatismes liés à la santé sexuelle, aux ITSS et à la toxicomanie.
<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. « Compétences pour l'admission ». Dans : <i>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : 2020 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/51037-entry-to-practice-competencies-for-rn-septembre-2020.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exigences de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario pour l'accès à la profession d'infirmière autorisée ou d'infirmier autorisé. ■ Comprend des exigences en matière de sécurité culturelle.
<p>City of Toronto, Long-Term Care Homes & Services. <i>LGBT Tool Kit</i>. Dans : City of Toronto [Internet]. Toronto (Ontario) : 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://clri-ltc.ca/resource/lgbt-tool-kit/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Boîte à outils sur la création de soins et de services inclusifs selon une approche affirmative pour la communauté LGBT. ■ Veuillez envoyer un courriel pour en obtenir une copie électronique : ltc-ho@toronto.ca ■ Le boite à outils comprend des exercices d'auto-réflexion pour l'utilisateur.
<p>DeVita T., Bishop C., Plankey M. <i>Queering medical education: systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. Medical education online</i>. 1^{er} janvier 2018;23(1):1510703.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information sur les compétences individuelles en matière de santé des personnes LGBTQI pour la formation médicale.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p><i>Fenway Health: The National LGBT Health Education Center (Fenway Health)</i> [Internet]. Boston (Massachusetts) : 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.lgbtqihealtheducation.org/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un programme de Fenway Health, une organisation basée aux États-Unis. ■ Offre des programmes éducatifs, des ressources et des conseils aux organisations de services de santé afin d'optimiser la qualité et la rentabilité des services de santé pour les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les personnes trans, les queers, les personnes intersexuées, les asexuels et toutes les minorités sexuelles et de genre (LGBTQIA+). ■ Vaste bibliothèque de ressources comprenant des webinaires et des publications sur une variété de sujets. ■ Certaines ressources requièrent que les utilisateurs se connectent avec un compte gratuit.
<p>Fredriksen-Goldsen K.I., Hoy-Ellis C.P., Goldsen J., Emler C.A., Hooyman N.R. « Creating a vision for the future: Key competencies and strategies for culturally competent practice with lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults in the health and human services ». <i>Journal of gerontological social work</i>. 19 mai 2014;57(2-4):80-107.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit les compétences et les stratégies de santé et les services de santé des personnes LGBT.
<p><i>LGBT2SQ Health Connect</i>. Dans : <i>Santé arc-en-ciel Ontario</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://learn.rainbowhealthontario.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Santé arc-en-ciel Ontario (SAO) est un programme provincial de Sherbourne Health en matière de promotion de la santé des communautés LGBT2SQ de l'Ontario et d'amélioration leur accès aux services. ■ Une variété de ressources liées à la santé s'y trouve, notamment des directives cliniques, des fiches d'information et des guides. ■ Plate-forme d'apprentissage LGBTQ2S en ligne de Santé arc-en-ciel Ontario. <p>Remarque : plusieurs ressources sont accessibles gratuitement, mais il y a aussi des liens vers des ressources payantes.</p>
<p>Michigan Medicine. <i>Transgender Healthcare Curriculum</i>. Ann Arbor (Michigan) : s.d. [consulté le 30 avril 2021] Accessible sur la page Web : https://medicine.umich.edu/dept/obgyn/education/continuing-medical-education-cme/transgender-healthcare-curriculum</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modules de formation pour préparer les , gynécologues-obstétriciennes, gynécologues-obstétriciens et autres fournisseurs de soins de santé à mieux prendre en charge les personnes transgenres, non binaires et autres personnes ayant un genre différent.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Shortall C. <i>Teaching and Evaluation/Assessment Requirements for LGBTQI2S+ Health and Wellness: A Call to Include LGBTQI2S+ Content in Canadian English Baccalaureate Nursing Curricula Quality Advancement in Nursing Education-Avancées en formation infirmière</i>. 2019;5(1) : p. 7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sondages auprès des responsables d'écoles canadiennes de soins infirmiers afin de déterminer si et comment la diversité sexuelle et de genre (informations spécifiques sur la santé et le bien-être des 2SLGTBQI+) est prise en considération dans le programme d'études de leur établissement. ■ Le document signale également le contenu du 2SLGTBQI+ dans les programmes d'études canadiens utilisés pour préparer les infirmières et infirmiers à l'entrée dans la profession.
<p>The 519. « Education and Training ». Dans : <i>The 519 Resources</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : 2017 [cité le 16 avril 2020]. Accessible sur la page Web : https://www.the519.org/education-training/training-resources/our-resources</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ The 519 est une agence de la ville de Toronto qui répond aux besoins évolutifs des communautés LGBTQI2+ et offre des services de conseil et d'atelier, des recherches sur les pratiques exemplaires et des campagnes de sensibilisation du public. ■ Diverses ressources sont disponibles, dont un manuel d'affirmation des personnes âgées LGBTQ et un glossaire. <p>Remarque : cette ressource n'est pas spécifiquement axée sur la santé.</p>
<p>Trans Care BC. « Health Professional Education ». Dans : <i>Trans Care BC</i> (C.-B.) : 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : http://www.phsa.ca/transcarebc/health-professionals/education</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bibliothèque complète de ressources éducatives pour les professionnels de la santé, y compris une liste de diffusion, un cours en ligne sur les soins intégraux tenant compte de la dimension de genre. ■ Parmi les sujets abordés : présentation des transgenres, les soins primaires, la santé mentale et son soutien, ainsi que la chirurgie.
<p><i>Commission de vérité et réconciliation du Canada: Appels à l'action</i> [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : c2015 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_French.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada pour réparer les séquelles des pensionnats et faire avancer le processus de réconciliation canadienne. ■ Comprend un appel à l'action spécifique pour que les écoles de médecine et de soins infirmiers exigent un cours sur les questions de santé des Autochtones.
<p>Association mondiale des professionnels de la santé des transgenres : <i>Global Education Initiative</i>. [consulté le 29 avril 2021] Accessible sur la page Web : https://www.wpath.org/gei</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cours et certification en matière de santé des transgenres. <p>Remarque : plusieurs cours sont proposés moyennant des frais.</p>

RECOMMANDATION 5.1 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de proposer à tous les fournisseurs de soins de santé une formation continue affirmative sur le thème LGBTQI2+.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Très faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Il est prouvé que la formation continue en matière de l'affirmation de la santé des membres de la communauté LGBTQI2+ peut accroître les connaissances des fournisseurs de soins de santé et entraîner un changement dans les pratiques (275-311). Toutefois, les données probantes d'un changement dans les pratiques sont incertaines. Le comité d'experts a estimé qu'il était important d'inclure ce contenu dans la mesure où une grande partie du contenu sanitaire existant dans la formation continue est cisnormative et hétéro-normative et peut être stigmatisante ou pathologisante. Les contenus affirmatifs relatifs à la santé soutiennent et acceptent les personnes et les communautés LGBTQI2+. Parmi les exemples de formation continue sur l'approche affirmative dans la littérature, on peut citer ce qui suit :

- Une étude sur la compétence clinique et culturelle des personnes trans a inclus l'affirmation de genre à la fois dans le fondement théorique de la formation et dans l'un des quatre modules du contenu (277).
- Une autre étude était spécifiquement axée sur la formation de la psychothérapie selon une approche affirmative de la réalité LGBT (276). La psychothérapie selon une approche affirmative de la réalité LGBT fait référence à l'ajout d'attitudes, de connaissances et de compétences affirmant l'identité LGBT à l'orientation thérapeutique établie par une ou un thérapeute.
- Une étude s'est penchée sur un programme d'études destiné aux infirmières et infirmiers légistes et axé sur l'offre de soins trans-affirmés aux personnes trans qui ont été agressées sexuellement (304).
- Une étude s'est concentrée sur la santé des personnes transgenres pour les professionnels de santé dans les établissements correctionnels. Un module visait à aider les fournisseurs de soins de santé à comprendre leur rôle dans l'accès à des soins respectueux de l'égalité des sexes. Pour ce faire, il analysait la manière dont les interactions stigmatisantes et encourageantes entre les personnes et les fournisseurs de soins de santé peuvent servir, respectivement, d'obstacles et d'animateurs aux soins (311).

Une revue systématique d'études non randomisées a signalé de changements de pratiques résultant de diverses interventions visant à sensibiliser les fournisseurs de soins de santé aux expériences et aux besoins des personnes âgées LGBT (275). Dans l'ensemble, les résultats sont positifs en matière de changement des préjugés, des attitudes et des valeurs dans toutes les études, mais ils sont mitigés en matière d'empathie et d'intention d'utiliser les connaissances ou les compétences dans la pratique (275). En outre, seize études non randomisées ont signalé un changement positif dans la pratique entre la période précédant et suivant l'intervention (276-286, 288-292), et une étude a fait état d'une diminution du niveau de préparation à la suite d'une formation continue (287). Une revue systématique d'études non randomisées a rapporté l'effet de la formation sur les expériences et les besoins des personnes âgées LGBT sur les connaissances des fournisseurs de soins de santé (275). Toutes les études incluses dans la revue ont rapporté une augmentation des connaissances et de la sensibilisation entre la période pré et post-intervention (275). En outre, 31 études individuelles ont été identifiées pour rendre compte de l'effet de la formation sur les connaissances des fournisseurs de soins de santé (276-278, 280-288, 290-305, 309-311). Dans l'ensemble, toutes les études non randomisées, à l'exception de deux d'entre elles (283, 284), ont fait état d'une amélioration des connaissances des fournisseurs de soins de santé après la formation.

Deux études qualitatives ont exploré les avantages perçus de la formation continue liée à la santé des LGBTQI2+ sur les connaissances (301, 308). Les deux études provenaient d'Afrique (Kenya et Afrique du Sud) et portaient sur un programme de formation sanitaire destiné aux HARSAH. Les participants à ces études ont fait état d'une meilleure connaissance de la santé sexuelle des HARSAH, notamment des risques liés aux ITSS et au VIH, ainsi que du rôle de la discrimination sur la santé (301, 308). Quatre études qualitatives ont exploré les avantages perçus de la formation continue sur le changement dans les pratiques. Les participants à ces programmes de formation ont fait état d'un changement positif dans leurs pratiques en se sentant plus à l'aise avec l'accès des personnes lesbiennes, homosexuels, bisexuelles et transgenres aux services et en étant plus à même d'offrir des soins non discriminatoires et respectueux (301, 306-308).

La majorité des études n'ont pas précisé si la formation était obligatoire ou facultative. La prestation et le contenu de la formation varient selon les 36 études incluses, mais il existe des points communs. La durée des séances de formation allait d'une heure à deux jours, elles étaient généralement proposées en personne et étaient adaptées au contexte culturel et sanitaire dans lequel la formation avait lieu. La majorité des études comprenaient du contenu sur ce qui suit :

- **sécurité culturelle**^G (279, 283, 296, 298);
- **compétence médicale**^G (297, 301);
- une combinaison de sécurité culturelle et de compétence médicale (275-277, 280-282, 284, 293, 294, 299, 310).

Voir l'information sur le contenu et l'offre de formation continue dans les « Notes pratiques » du **tableau 21**.

Aucun inconvénient n'a été signalé dans 35 des 36 études incluses. Une étude a rapporté qu'une ou un professionnel de santé s'est senti submergé par un contenu trop important (277). La certitude globale des données probantes est faible en raison des limites dans la façon dont les études ont été réalisées et de l'imprécision et de l'incohérence dues à la diversité des mesures de **résultats de substitution**^G du changement dans les pratiques. La fiabilité globale des données probantes était très faible en raison des limites méthodologiques des études individuelles.

Pour plus d'information sur les effets de l'intervention sur chaque résultat et la classification des données probantes, voir aux profils des données probantes accessibles ici (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Valeurs et préférences

Une revue et 23 études ont recueilli des données sur la satisfaction ou l'acceptabilité des participants par le biais de sondages d'évaluation ou de questions ouvertes. Lorsque cette information a été recueillie, les fournisseurs de soins de santé ont évalué positivement la formation continue en matière de la santé des membres de la communauté LGBTQI2+. Plusieurs participants ont trouvé la formation très acceptable, instructive et utile à leur exercice (275-277, 279, 281, 282, 284, 286, 288, 290, 293, 294, 297, 299-301, 303-305, 307-311).

Six études primaires et une revue ont également recueilli les données des participants sur les recommandations pour la prochaine formation ou les suggestions d'amélioration. Les participants ont suggéré que plus de temps soit alloué à la formation LGBTQI2+, que la formation soit étendue à tous les professionnels de santé et que la formation soit permanente pour les participants et se produise à intervalles réguliers et multiples (275, 281, 284, 304, 307, 308, 311). Les participants ont apprécié d'avoir plus de temps pour les échanges de petits groupes, plus de temps pour les questions, plus de temps pour la séance d'éducation, les jeux de rôle et les activités interactives (284, 311). Les fournisseurs de soins de santé ont déclaré qu'ils auraient aimé avoir plus d'informations sur le privilège et la manière d'offrir des soins appropriés (281). Ils ont observé que la formation avait couvert beaucoup d'informations en peu de temps et qu'ils auraient apprécié de pouvoir approfondir des sujets en particulier tels que la bisexualité et les questions transgenres, de manière beaucoup plus détaillée que ne le permettait le programme de quatre jours (281).

Équité dans l'accès aux soins

La plupart des études ont offert une formation sur la santé des minorités sexuelles ou de genre. La formation était axée soit sur les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles, soit sur les personnes trans. Quelques études ont offert une formation sur la santé des personnes trans et des membres des communautés LGBTQ (276, 279, 281, 286, 303, 305, 309). Quatre études réalisées en Afrique ne concernaient que les HARSAH (299, 301, 307, 308). La revue systématique était spécifiquement axée sur les personnes âgées LGBTQ (275).

Une étude sur la formation des travailleurs communautaires en santé mentale au Nouveau-Mexique comprenait un contenu relatif à la santé des Autochtones et des bispirituels au sein des communautés LGBTQ locales (281). En consultation avec les membres de la communauté, ce contenu comprenait des échanges sur le manque de sensibilisation aux expériences bispirituelles autochtones, les croyances erronées sur la bisexualité et le manque de sécurité culturelle (281). Aucune étude n'a inclus la formation continue ou le développement professionnel sur la santé des personnes intersexuées.

À l'exception d'une revue de base de la stigmatisation et de la discrimination, les aspects de l'intersectionnalité, tels que la race, les handicaps ou le statut d'Autochtone, sont pour la plupart absents de ce corpus de documents.

Conclusions du comité d'experts

Cette recommandation aurait pu être un énoncé de pratique exemplaire, mais le comité d'experts a convenu qu'il était important de poser une question relative à cette recommandation afin d'évaluer les données probantes de l'effet potentiel des organisations de santé fournissant une formation professionnelle continue affirmative pour tous les fournisseurs de soins de santé. En outre, ces données probantes peuvent soutenir les organisations de santé en fournissant des informations détaillées sur l'offre de la formation professionnelle continue, comme indiqué dans les données probantes. Il peut y avoir des avantages à offrir aux fournisseurs de soins de santé une formation continue. Toutefois la certitude dans les données probantes était faible, et leur fiabilité était très faible. Dans l'ensemble, les avantages de l'intervention l'emportent largement sur ses possibles effets néfastes. Les participants aux études ont beaucoup apprécié l'intervention et ont fréquemment déclaré que les cours devraient être obligatoires, plus longs ou plus approfondis. Le comité d'experts a également noté les effets néfastes possibles de la non-application de cette intervention, tels que des fournisseurs de soins de santé offrant des soins sans précaution ou non affirmatifs. Le comité d'experts a considéré que cette recommandation était fondamentale pour la pratique et qu'elle était liée à d'autres recommandations telles que la **recommandation 2.1** sur les espaces sécurisés. Ainsi, le comité d'experts a décidé que la force de la recommandation était élevée (« forte »).

Notes de pratique

Considérations du comité d'experts

Les compétences pour l'admission de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) demandent aux infirmières et infirmiers d'être préparés à exercer en toute sécurité culturelle (312).

Tableau 20 : Notes de pratique du comité d'experts

COMPOSANTE DE LA FORMATION	DÉTAILS DE LA FORMATION
<p>La sécurité culturelle dans la formation continue des fournisseurs de soins de santé LGBTQI2+</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harmoniser le contenu de la formation continue avec la sécurité culturelle avec les cadres généraux d'intersectionnalité, d'anti-oppression et de décolonisation (voir la section sur le contexte). ■ La pratique de la sécurité culturelle requiert que tous les corps professionnels et le personnel de santé réfléchissent et comprennent leurs privilèges et leurs préjugés à l'égard des membres de la communauté LGBTQI2+.
<p>Compétence clinique et formation continue LGBTQI2+ pour les fournisseurs de soins de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La formation continue doit être axée sur le développement des compétences propres au rôle nécessaire pour soutenir les membres de la communauté LGBTQI2+. Par exemple, il faudra peut-être apprendre aux porteuses et porteurs d'hôpital à appeler les patients par leur nom exact et à autoriser les personnes transgenres et non binaires à garder leur perruque. Le personnel de counseling, quant à lui, peuvent avoir besoin d'une formation sur la pratique réflexive et la communication thérapeutique avec les membres de la communauté LGBTQI2+. ■ La compétence clinique doit porter sur la santé tout au long de la vie, y compris les personnes âgées et les soins aux personnes atteintes de démence. Les professionnels de santé doivent reconnaître que la sexualité chez les personnes âgées et dans les établissements de soins de longue durée est normale et doit être acceptée et assumée. Comme tout le monde, les personnes âgées ont une orientation, une identité et une expression sexuelles.

RECOMMANDATIONS

COMPOSANTE DE LA FORMATION	DÉTAILS DE LA FORMATION
<p>Orientations générales pour la planification, la mise en œuvre et l'organisation de la formation continue en matière de santé des membres de la communauté LGBTQI2+.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La formation continue doit inclure, au minimum, un contenu sur la sécurité culturelle et la compétence clinique. ■ Les responsabilités en matière de formation continue doivent être partagées par tous les membres du personnel et ne pas être attribuées exclusivement au personnel ou aux employés spécialisés en la santé des membres de la communauté LGBTQI2+. ■ Une formation continue est proposée à tous les fournisseurs de soins de santé et au personnel qui interagit avec les personnes, en fonction de leur rôle. ■ La formation continue doit être soutenue par le leadership organisationnel et intégrée dans les processus, les politiques et la culture de l'organisation par le biais de l'orientation, de la formation annuelle, de l'évaluation des performances et du soutien et de la consultation des superviseurs. Les organisations de services de santé doivent veiller à ce que les fournisseurs de soins de santé suivent une formation continue. ■ La formation continue doit être permanente. Il faut un changement durable et des efforts pour soutenir l'adoption et l'application des compétences. Il est primordial que la formation continue soit considérée comme un développement continu des compétences et non comme un simple événement ponctuel. Dans les études où le changement dans les pratiques a été évalué, la majorité a constaté que ces changements ne persistaient pas dans le temps (c'est-à-dire à des périodes de suivi plus longues). La formation doit être renforcée de manière régulière afin de maintenir les changements dans les pratiques. ■ La formation continue pourrait être conçue et proposée en interne par les organisations de services de santé ou par le biais d'organisations externes LGBTQI2+. ■ Le contenu doit être adapté dans les établissements de santé et au rôle du fournisseurs de soins de santé. Certains contenus de base sont universels, mais la plupart des contenus doivent être adaptés à des contextes et des professions de santé en particulier. Par exemple, pour certaines professions, le contenu doit inclure la manière de traiter les dépendances, les idées suicidaires, le VIH et les ITSS, mais ces éléments ne sont pas universellement nécessaires. Le contenu doit cibler le contexte particulier de la santé (par exemple, la santé des anciens combattants, la sensibilisation à la santé mentale ou la pédiatrie). ■ La formation continue devrait adopter une approche fondée sur la force et la résilience et ne pas se concentrer uniquement sur les traumatismes, les entraves aux soins, etc.). ■ Les participants à la formation doivent être tenus responsables de leur apprentissage par le biais de certificats ou de notes minimales de passage aux tests et aux évaluations. Le cas échéant, le programme de formation doit offrir des crédits de formation continue.

Tableau 21 : Notes de pratique sur les données probantes

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Contenu relatif à la formation continue</p>	<p>Le contenu des compétences cliniques couvre généralement les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'anamnèse et les examens, y compris les antécédents psychosociaux (294, 297, 301); ■ la santé mentale, y compris la toxicomanie (281, 297, 299, 301); ■ le counseling en matière de santé sexuelle et de réduction des risques (280, 299, 301); ■ les lignes directrices et principes d'offre de soins compétents (293); ■ les soins chirurgicaux et hormonothérapie pour les personnes transgenres (dans le cas échéant au rôle et au contexte de la santé) (277, 284, 294, 297). <p>Le contenu de la sécurité culturelle comprenait les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les attitudes et les préjugés personnels des professionnels de santé (276, 278); ■ les communications patient-professionnel de la santé, y compris le langage approprié (276); ■ la stigmatisation et la discrimination, y compris la stigmatisation intériorisée (276, 279).
<p>Exemple de contenu relatif à l'anamnèse</p>	<p>Un programme de formation complet sur les jeunes transgenres comprenait trois modules sur l'anamnèse et l'évaluation physique (294). Les modules couvraient le contenu suivant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antécédents du genre : ce module couvrait l'évaluation du développement de l'identité sexuelle chez toutes les personnes et permet de se familiariser aux interrogations des familles et des personnes de tous âges sur ce développement; 2. Antécédents psychosociaux : ce module couvrait la manière dont les HEADSS (domicile, formation/emploi, activités, drogues, sexualité, suicide/dépression) peuvent être utilisés pour guider l'évaluation psychosociale des enfants et adolescents transgenres; 3. Les examens physiques : ce module couvre le développement pubertaire ainsi que la manière d'aborder et d'effectuer avec sensibilité un examen physique chez les jeunes transgenres.
<p>Exemple de contenu relatif à la santé mentale</p>	<p>Plusieurs études ont inclus la santé mentale comme une composante du développement professionnel continu (281, 297, 299, 301).</p> <p>Voici des exemples de sujets abordés dans ces modules de santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ santé mentale et toxicomanie chez les membres de la communauté LGBTQ (281, 297, 299, 301); ■ les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies chez les personnes LGBTQ (281); ■ les antécédents LGBTQ et le suicide (281); ■ évaluation de la santé mentale pour l'hormonothérapie (297).

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
Exemple de contenu relatif à la santé des transgenres	<p>Les séances sur la santé des transgenres couvrent généralement le contenu suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les définitions incluant la différence entre le sexe, l'identité, l'expression et l'orientation sexuelles (284, 294, 297); ■ les entraves aux services de santé (284, 297); ■ la stigmatisation et les préjugés (284, 297); ■ une présentation des thérapies hormonales et des chirurgies d'affirmation du genre (277, 284, 294, 297); ■ une analyse des moyens de soutenir et de soigner les personnes transgenres (277, 284, 297).
Cadre théorique	<p>Les études ont utilisé une variété de cadres théoriques comme base de la formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ cisgenrisme (278); ■ théorie du stress des minorités (276, 281).
Longueur et structure.	<p>La majorité des formations ont été proposées en une seule séance, allant d'une heure à deux jours.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une partie de la formation était proposée dans une série allant de 2 à 14 séances. La durée totale de ces séances de formation variait de 2,5 à 12 heures (275-311).
Mode de prestation	<p>La majorité de la formation était dispensée uniquement en personne. Six programmes de formation continue ont été combinés avec des séances en ligne et en personne (294, 296, 298, 299, 307, 308).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une étude a proposé un contenu théorique en ligne suivi d'une observation clinique en personne (294). Les cours proposaient un contenu théorique dans une combinaison de cours en ligne et en personne. ■ Aucun programme de formation n'était proposé exclusivement en ligne.

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Stratégies d'apprentissage</p>	<p>Les stratégies d'apprentissage suivantes ont été utilisées dans les études :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conférences ou présentations didactiques (276, 279, 281, 282, 284, 293, 296, 297, 301, 306); ■ apprentissage par modules (277, 280, 294, 295, 298, 303); ■ discussion de groupe (276-280, 282, 294, 296, 298, 299, 301, 307, 308); ■ atelier (278, 283); ■ atelier de théâtre interactif (300); ■ discussion de comité d'experts des communautés LGBT (298); ■ auto-réflexion (276, 279, 281, 283, 298, 301); ■ études de cas (277, 278, 284, 297, 310); ■ simulations (277, 279, 300); ■ observations cliniques (281, 294); ■ supervision affirmative en milieu clinique (306).

Ressources justificatives

Voir la **recommandation 5.0** pour des ressources de soutien.

Lacunes dans la recherche et conséquences futures

En évaluant les données probantes des présentes LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNOA et le comité d'experts ont déterminé les domaines de recherche prioritaires indiqués dans le **tableau 22**. La recherche dans ces domaines permettrait de recueillir de nouvelles données probantes pour étayer des soins équitables de haute qualité et équitables aux membres de la communauté LGBTQI2+. La liste n'est pas exhaustive, et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

Tableau 22 : Domaines de recherche prioritaires par question relative aux recommandations

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 : Quelles sont les stratégies de communication à recommander pour améliorer les soins qui sont prodigués aux membres de la communauté LGBTQI2+?</p> <p>Résultats : le confort et la sécurité de la personne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets d'un langage inclusif, d'une approche de l'anamnèse axée sur la personne et de la garantie du respect de la vie privée et de la confidentialité lors des interactions patient-fournisseurs de soins de santé sur l'expérience des personnes bispirituelles et intersexuées. ■ Études quantitatives explorant les effets des stratégies de communication sur les résultats rapportés par les personnes. ■ L'efficacité de l'élaboration professionnelle obligatoire et/ou de la formation sur les stratégies de communication appropriées au sein des organisations de services de santé en matière de l'amélioration des soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 : Faut-il recommander la création d'espaces sûrs dans les organisations de services de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?</p> <p>Résultats : expérience de la personne, sécurité de la personne, retour des personnes, représentation diversifiée des personnes et des fournisseurs de soins de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets des espaces sécurisés dans les organisations de services de santé sur les résultats de santé mesurés quantitativement. ■ Les effets des lieux plus sécurisés dans les organisations de services de santé dans divers secteurs tels que les soins primaires, les soins aigus, les soins de longue durée et les soins communautaires. ■ Les effets du personnel infirmier scolaire et hygiéniste sur le développement et la mise en œuvre d'espaces sécurisés dans les écoles.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 : Faut-il recommander la promotion du dépistage des risques par les fournisseurs de soins de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?</p> <p>Résultats : nombre de personnes ayant accès au dépistage.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets de la promotion du dépistage des risques sur la détection et/ou l'intervention anticipée, le niveau de traitement et/ou de soutien, l'évolution des connaissances des personnes recevant des soins et les comportements à risque. ■ Expériences des membres de la communauté LGBTQI2+, notamment en matière de sécurité et de confort, pendant tous les types de dépistage, de promotion et de soins. ■ Le rôle du dépistage et l'accès au dépistage pour tous les membres de la communauté LGBTQI2+ et en particulier les données probantes chez les populations autres que les HARSAH. ■ L'élaboration et la validation du dépistage de la santé mentale pour les membres de la communauté LGBTQI2+.

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 4 :</p> <p>Faut-il recommander les interventions cliniques de groupe ciblant des problèmes de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?</p> <p>Résultats : santé mentale, soutien social et autogestion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets des interventions cliniques de groupe sur les relations thérapeutiques patient-fournisseurs de soins de santé, le nombre de visites au service des urgences, les soins aux patients hospitalisés et/ou l'hospitalisation. ■ L'élaboration et la mise en œuvre d'interventions cliniques de groupe. ■ Les effets des interventions cliniques de groupe sur l'obésité tout au long de la vie. ■ Les effets des interventions cliniques de groupe adaptées aux femmes lesbiennes et bisexuelles, aux personnes intersexes ou bispirituelles sur l'expérience des soins et les résultats en matière de santé.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 5 :</p> <p>Est-ce que les intervention de groupe devraient être recommandées pour améliorer la prise en charge des membres de la communauté LGBTQI2+?</p> <p>Résultats : expérience personnelle, soutien social et autogestion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plus de recherches sur les expériences des membres de la communauté LGBTQI2+ participant à des interventions de groupe. ■ Exploration de l'élaboration et de la mise en œuvre d'interventions de groupe. ■ Les effets des interventions de groupe pour tous les membres de la communauté LGBTQI2+, en particulier les personnes bispirituelles et intersexuées.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 6 :</p> <p>Faut-il intégrer du contenu en matière de santé relatif aux membres de la communauté LGBTQI2+ dans la formation professionnelle de l'effectif étudiant qui s'oriente vers des professions de la santé?</p> <p>Résultats : l'expérience des étudiantes et étudiants, leurs connaissances et leurs compétences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études évaluant les effets de l'intégration d'un contenu de santé LGBTQI2+ pour l'effectif étudiant entrant dans les professions de santé en utilisant des conceptions d'études rigoureuses telles que des essais de contrôle, des études comparatives et des revues systématiques. ■ La méthode d'intégration du contenu relatif à la santé LGBTQI2+ est intégré dans les programmes de santé (y compris le développement de programmes d'études et les stratégies d'intégration). ■ La méthode d'intégration du contenu de la santé LGBTQI2+ dans la formation professionnelle de l'effectif étudiant entrant dans les professions de la santé, en particulier dans un contexte canadien. ■ Les effets des politiques organisationnelles universitaires (inclusion, discrimination) en matière de contenu relatif à la santé LGBTQI2+ sur l'expérience, les connaissances et les compétences des étudiantes et étudiants. ■ Les effets du contenu relatif à la santé des membres de la communauté LGBTQI2+ dans la formation de l'effectif étudiant entrant dans les professions de santé sur l'expérience des membres de la communauté LGBTQI2+ en matière de soins sûrs.

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 7 :</p> <p>Faut-il recommander une formation continue aux fournisseurs de soins de santé en matière d'amélioration des soins aux membres de la communauté LGBTQI2+?</p> <p>Résultats : les connaissances des fournisseurs de soins de santé et changement dans les pratiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études évaluant les effets de l'offre de formation continue sur la santé des LGBTQI2+ en utilisant des modèles d'étude rigoureux tels que des essais cliniques comparatif, des études comparatives et des revues systématiques. ■ Le rôle de la formation continue des fournisseurs de soins de santé sur l'accès aux soins et l'expérience des soins. ■ L'efficacité de la formation continue pour une série de fournisseurs de soins de santé, y compris le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle, sur les résultats en matière de de santé. ■ L'efficacité de la prestation et de la mise en œuvre de la formation continue sur les résultats en matière de santé des membres de la communauté LGBTQI2+. ■ Les effets de la formation sanitaire des professionnels de santé sur les expériences des membres de la communauté LGBTQI2+ en matière de soins. ■ Les résultats à long terme de la formation continue en matière de santé des membres de la communauté LGBTQI2+. ■ Études explorant l'efficacité de différents types de formation continue en matière de santé des membres de la communauté LGBTQI2+.
<p>QUESTIONS RELATIVES À LA RECOMMANDATION INITIALE :</p> <p>Est-ce que des lieux réservés aux membres de la communauté LGBTQI2+ devraient être recommandés en matière d'amélioration des soins offerts aux résidents d'établissements de soins à long terme?</p> <p>Résultats : connaissance du personnel, comportements réactifs (y compris l'anxiété, l'agitation et les problèmes de comportement), sécurité perçue, expérience, incidence des intimidations et de la violence entre pairs.</p> <p>(Remarque : cette question a été fusionnée avec la question relative à la recommandation n° 3 en raison du nombre limité de données probantes directes.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets sur les résultats en matière de santé et la qualité de vie des lieux réservés aux membres de la communauté LGBTQI2+ pour les résidents d'établissements de soins de longue durée. ■ L'expérience des personnes âgées membres de la communauté LGBTQI2+ dans des espaces résidentiels qui leur sont réservés tels que des maisons de santé de longue durée, des résidences pour retraités, des résidences assistées et les des milieux de vie communautaire pour personnes âgées handicapées. ■ Les études évaluant les expériences croisées des personnes âgées membres de la communauté LGBTQI2+, notamment la race, le handicap et l'âge, ainsi que leurs expériences en matière de maison de santé de longue durée ou les maisons de retraite et les interventions répondant à leurs besoins.

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
Évaluation (voir les tableaux 4, 5 et 6)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboration de référentiels de données publics et d'indicateurs pour collecter des données sur les résultats en matière de santé des membres de la communauté LGBTQI2+ à l'échelle provinciale, nationale et internationale. ■ Stratification des données relatives aux membres de la communauté LGBTQI2+ provenant de bases de données administratives, de surveillance et de statistiques vitales. ■ Élaboration de pratiques de saisie des renseignements relatifs au sexe et au genre dans les dossiers médicaux électroniques.

Tableau 23 : Domaines de recherche prioritaires déterminés par le comité d'experts

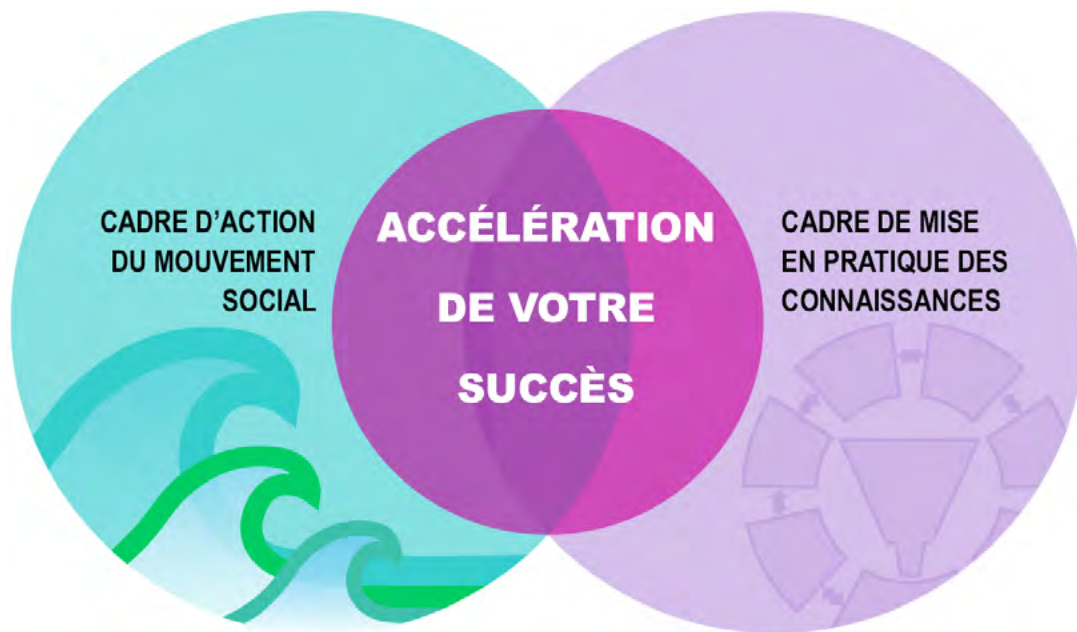
CATÉGORIE	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
Collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> ■ La collecte permanente et actualisée de données sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle de la population générale, comme moyen de réalisation des analyses des résultats de santé fondées sur la population, y compris les champs appropriés dans les dossiers médicaux électroniques (DME). ■ Études développant ou validant des mesures de résultats déclarés par les personnes ou les patients (MRDP) chez les membres de la communauté LGBTQI2+.
Sciences de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études explorant les entraves et les facteurs qui permettent aux corps professionnels de santé de s'occuper efficacement des membres de la communauté LGBTQI2+.
Préjugés implicites	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études explorant, avant et après la formation, les attitudes, les préjugés et les opinions discriminatoires des corps professionnels et de l'effectif étudiant en santé.
Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études explorant la prise en charge des personnes âgées membres de la communauté LGBTQI2+ atteintes de démence.
Populations prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études réalisées dans une optique intersectionnelle et axées sur les populations mal desservies, telles que les personnes bispirituelles, noires, autochtones et de couleur, ainsi que les personnes handicapées.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. L'évolution des pratiques demande bien plus que le simple évaluation des lignes directrices et leur distribution auprès des intervenants concernés. Les lignes directrices doivent être adaptées à chaque milieu de pratique d'une façon systématique et participative, afin de garantir l'adéquation de la recommandation par rapport au contexte local (313). La *Leading Change Toolkit*^{MC} (2021), accessible à l'adresse <https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit> fournit des processus fondés sur des données probantes cliniques à cet effet (voir l'**annexe N**).

La *Leading Change Toolkit*^{MC} utilise deux cadres complémentaires pour orienter l'adoption et la durabilité des données probantes (voir la **figure 1**). Ils peuvent être utilisés ensemble pour maximiser et accélérer le changement.

Figure 1 : Deux cadres complémentaires de la *Leading Change Toolkit*^{MC} pour accélérer votre succès



Le cadre d'action du mouvement social (314) est descriptif et identifie les éléments déterminants d'un mouvement social pour l'adoption et la durabilité des connaissances (par exemple, les LDPE). Il intègre une approche ascendante, dirigée par les personnes, du changement pour une préoccupation partagée (ou une cause commune), dans laquelle les agents et les équipes de changement mobilisent l'action individuelle et collective pour atteindre les objectifs. Les éléments du cadre, classés en conditions préalables, caractéristiques clés et résultats, sont dynamiques, interdépendants et se développent spontanément au fur et à mesure de l'évolution du mouvement social.

Le cadre des connaissances à l'action utilise un modèle de processus des phases du cycle d'action pour orienter systématiquement l'adaptation des nouvelles connaissances (par exemple, les LDPE) au contexte et à la mise en œuvre locaux. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils et produits de connaissances comme les lignes directrices pour déterminer les lacunes et pour entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

La *Leading Change Toolkit*^{MC} repose sur de nouvelles données probantes selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- les LDPE sont sélectionnées pour être mises en œuvre par le biais d'un processus participatif effectué par des agents de changement et des équipes de changement;
- les LDPE sélectionnées reflètent les domaines prioritaires d'une préoccupation partagée qui est crédible, appréciée et significative, ou une urgence d'agir;
- les participants sont identifiés et impliqués tout au long de la mise en œuvre pour s'engager dans une action individuelle et collective;
- la réceptivité à la mise en œuvre des LDPE, y compris la préparation environnementale, est évaluée;
- les stratégies de mise en œuvre sont adaptées au contexte local et conçues pour éliminer les entraves;
- l'utilisation des LDPE est surveillée et maintenue;
- l'évaluation des effets des LDPE est intégrée au processus afin de déterminer si les objectifs et les résultats ont été atteints;
- il existe des ressources adéquates pour mener à bien tous les aspects de l'adoption et de la durabilité des LDPE;
- les LDPE sont étendues, élargies ou approfondies, dans la mesure du possible, afin d'élargir leur influence et de créer des améliorations durables en matière de santé.

La RNOA s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses LDPE. Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion en faisant appel à différentes stratégies, notamment :

1. Le réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers (Best Practice Champion Network^{MD}), qui aide les infirmiers et infirmières à perfectionner leur capacité à promouvoir les LDPE et leur adoption;
2. Les ordonnances des LDPE (BPG Order Sets^{MC}), qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et réalisables formulés à partir de recommandations de pratiques et qui peuvent également être facilement intégrées à des dossiers électroniques ou bien consultées sur des supports physiques (papier ou hybrides);
3. La désignation d'OVPE^{MD}, qui appuie la mise en œuvre des LDPE au niveau de l'organisation et du système de soins de santé. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE particulières et leur mise en application.

Les pages Web suivantes fournissent des renseignements sur nos différentes stratégies de mise en œuvre :

- le réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO (Best Practice Champions Network^{MD}) : www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions;
- les ordonnances des LDPE (BPG Order Sets)^{MD} de l'AIIAO : <https://RNAO.ca/ehealth/bpgordersets>;
- Les BPSO de l'AIIAO^{MD} : www.RNAO.ca/bpg/bpso;
- les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : www.RNAO.ca/events.

RÉFÉRENCES

1. Liss K. *LGBTQ2S Inclusion Playbook: A Series of Best Practices for Healthcare Environments*. Toronto (Ont.) : The 519; 2020.
2. *The BIPOC Project*. [Internet] [pas de date, lieu inconnu] Accessible sur la page Web : <https://www.thebipocproject.org/>
3. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique. *Disabilities 2020*. [Internet] Accessible sur la page Web : <https://www.afro.who.int/health-topics/disabilities>
4. Organisation mondiale de la santé. *Handicap 2021* [Internet] Accessible sur la page Web : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
5. Accessibility for Ontarians with Disabilities Act. *What is ableism?* [Internet]. 2021. Accessible sur la page Web : <https://www.aoda.ca/what-is-ableism/>
6. Fenway Health. *Glossary of Gender and Transgender Terms*. Boston (Massachusetts) National LGBTQIA Health Education Center, Fenway Institute; 2020.
7. Commission ontarienne des droits de la personne (CODP) *Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur l'identité sexuelle et l'expression de l'identité sexuelle*. OHRC; 2014.
8. Gillespie C. *What Does It Mean to Be Gender Fluid? Here's What Experts Say* [Internet]. 6 février 2020. Accessible sur la page Web : <https://www.health.com/mind-body/gender-fluid>
9. The 519. *The 519 Glossary 2020*. [Internet] Toronto (Ont.) : Accessible sur la page Web : <https://www.the519.org/education-training/glossary>
10. Santé arc-en-ciel Ontario (SAO). *Trans health guide: Language and terminology*. Toronto (Ontario) : SAO; [date inconnue].
11. École de santé publique Dalla Lana (DLSPH) de l'Université de Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). *Researching for LGBTQ2S Health: Two-Spirit Community 2020* [Internet]. Toronto (Ont.) : DLSPH et CAMH : 2020. Accessible sur la page Web : <https://lgbtqhealth.ca/community/two-spirit.php>
12. Native Youth Sexual Health Network (NYSHN). *Two-Spirit & Indigenous LGBTQIA Mentors, Elders & Grandparents Support Circle* [Internet]. NYSHN [date inconnue] Accessible sur la page Web : <http://www.nativeyouthsexualhealth.com/supportcircle.html>
13. Guyatt G., Schunemann H.J., Djulbegovic B, et coll. « Guideline panels should not GRADE good practice statements » *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):597-600.
14. Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé. *La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Parlement du Canada; 2019.
15. Nations Unies. *Résolution adoptée par le Conseil des droits de l'homme le 30 juin 2016* Dans : Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, éditeur. 2016.
16. Schunemann H.J., Brozek J., Guyatt G., et coll., éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur la page Web : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html>

17. Lewin S., Glenton C., Munthe-Kaas H., et coll. « Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series », *Implementation Science* 2018;13(Suppl 1):2.
18. Donabedian A. « Evaluating the quality of medical care ». *The Milbank Quarterly*, 2005;83(4), 691-729.
19. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario en partenariat avec Excellence Santé Canada. *Leading Change Toolkit*^{MC} (3^e édition). Toronto (Ontario) : AIIAO; 2021 Accessible sur la page Web : <https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit>.
20. VanDeVelde-Coke S., Doran D., Grinspun D. et coll. « Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE ». *Nurs Leadersh.* 2012;25(2):26-37.
21. Ard K., Makadon H. *Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people: Understanding and eliminating health disparities*. Boston (Massachusetts) : The Fenway Institute; 2016.
22. Fondation Jasmin Roy. *Sondage pancanadien sur les communautés LGBT* [Internet]. Communiqué de presse. 13 février 2021. Accessible sur la page Web : <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/13--de-la-population-canadienne-appartiendrait-aux-communautés-lgbt-selon-le-sondage--realités-lgbt--premier-sondage-pancanadien-sur-les-communautés-lgbt-mène-par-croq-pour-la-fondation-jasmin-roy-639432263.html>
23. Taylor C., Peter T., McMinn T.L., et coll. *Every class in every school: The first national climate survey on homophobia, biphobia, and transphobia in Canadian schools*. Toronto (Ont.) : Fonds Égale Canada pour les droits de la personne; 2011.
24. Association du Barreau canadien. *Orientation sexuelle, identité de genre et expression de genre* [Internet] [date inconnue] [lieu inconnu] Accessible sur la page Web : <https://www.cba.org/Publications-Resources/Practice-Tools/Child-Rights-Toolkit/theChild/Sexual-Orientation-Gender-Identity-and-Gender-Expr?lang=fr-ca>
25. Santé arc-en-ciel Ontario (SAO). *Health Equity Impact Assessment: LGBT2SQ Populations Supplement*. Toronto (Ontario) : SAO; 2020.
26. Wilson A. *N'tacinowin inna nah' : Our coming in stories*. *Can Womens Stud*, 2008;26(3).
27. Weston K. *Families we choose: Lesbians, gays, kinship*. New York (New York) : Columbia University Press; 1991.
28. Knauer N.J. « LGBT Older adults, chosen family and caregiving ». *Journal of Law and Religion*. 2016;31(2):150-68.
29. Commission du droit de l'Ontario (CDO). *Perspectives on the final stages of life from LGBT Elders living in Ontario* [Internet]. CDO; 2016. Accessible sur la page Web : <https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2016/07/Stinchcombe%20et%20al%20%28LCO%20June%202016%29.pdf>
30. Wilson K., Stinchcombe, A., Kortés-Miller, K., et coll. *Support Needs of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults in the Health and Social Environment*. *Conseil spirituel*. 2016. Vol 35 (1) 13-29.
31. Furlotte C., Gladstone J.W., Cosby R.F., et coll. « "Could We Hold Hands?" Older Lesbian and Gay Couples' Perceptions of Long-Term Care Homes and Home Care ». *Can J Aging*. 2016;35(4):432-46.
32. Boulé J., Wilson K., Kortés-Miller K., et coll. « "We Live in a Wonderful Country, Canada, but...": Perspectives From Older LGBTQ Ontarians on Visibility, Connection, and Power in Care and Community ». *Int J Aging Hum Dev*. 2020;91(3):235-52.
33. Meyer I.H. « Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence ». *Psychol Bull.* 2003;129(5):674-97.

34. Association canadienne pour la santé mentale (CMHA) *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans & Queer identified People and Mental Health* [Internet]. CMHA; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : <https://ontario.cmha.ca/documents/lesbian-gay-bisexual-trans-queer-identified-people-and-mental-health/>
35. Rapid Response Service. *Rapid Response: Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people*. Toronto (Ontario) : Réseau ontarien de traitement du VIH; 2014.
36. Équipe de Trans PULSE Canada. *Accès à la santé et aux soins de santé pour les personnes trans et non binaires au Canada*. [Internet]. Équipe de Trans PULSE Canada ; 2020. Accessible sur la page Web : <https://transpulsecanada.ca/fr/research-type/rapports/>
37. McGrail K.M., van Doorsaer E., Ross N.A., et coll. « Income-related health inequalities in Canada and the United States: A decomposition analysis ». *Am J Mens Health*. 2009;99(10):1856-63.
38. Baker L., Young, S., Straatman, et coll. *Intimate Partner Violence in Rainbow Communities: A Discussion Paper Informed by the Learning Network Knowledge Exchange*. London (Ontario) : Centre for Research & Education on Violence Against Women & Children; 2015.
39. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, volume 1a. Enquête nationale 2019.
40. Réseau canadien de prévention du mauvais traitement des aînés *Formes de mauvais traitements 2017* [Internet] Accessible sur la page Web : <https://cnpea.ca/fr/la-maltraitance-qu-est-ce-que-c-est/types-de-maltraitance>
41. Bloemen E.M., Rosen T., LoFaso V.M., et coll. « Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults' Experiences With Elder Abuse and Neglect ». *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(11):2338-45.
42. Westwood S. « Abuse and older lesbian, gay bisexual, and trans (LGBT) people: a commentary and research agenda ». *J Elder Abuse Negl*. 2019;31(2):97-114.
43. Loi canadienne sur les droits de la personne de 1985
44. Code des droits de la personne de 1990 (Ontario).
45. Dickinson T. *'Curing queers': Mental nurses and their patients, 1935–74*. Manchester (Royaume-Uni) : Manchester University Press; 2015
46. Drescher J. *Out of DSM: « Depathologizing Homosexuality »*. *Behav. Sci*. 2015;5(4):565-75.
47. Code criminel de 1985 (Canada)
48. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCR). *Pathologization: Being lesbian, gay, bisexual and/or trans is not an illness: For International Day against Homophobia, Transphobia and Biphobia* [Internet]. HCR; 2016. Accessible à la page Web : <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19956>
49. Kerker B.D., Mostashari F., Thorpe L. « Health Care Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity ». *J. of Urban Health*. 2006;83(5):970-9.
50. Commission canadienne pour l'UNESCO (CCUNESCO). *Guide pratique pour des municipalités inclusives au Canada et ailleurs dans le monde*. Ottawa : CCUNESCO 2019.
51. Bergeron S., Senn C.Y. « Health Care Utilization in a Sample of Canadian Lesbian Women: Predictors of Risk and Resilience ». *Women Health*. 2003;37(3):19-35.

52. Sanchez N.F., Rabatin J., Sanchez J.P., et coll. « Medical students' ability to care for lesbian, gay, bisexual, and transgendered patients ». *Fam Med*. 2006;38(1) : pp. 21.
53. Epstein R. *"Married, Single, or Gay?" Queering and Trans-forming the Practices of Assisted Human Reproduction Services*. Thèse de doctorat non-publiée. Toronto (Ontario) : Université York, 2014.
54. Morris M., Cooper R.L., Ramesh A., et coll. « Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review ». *BMC Med Educ*. 2019;19(1) : pp. 325.
55. National LGBT Health Education Center. *Learning to Address Implicit Bias Towards LGBTQ Patients: Case Scenarios*. Boston (Massachusetts) : Fenway Institute; 2018.
56. FitzGerald C., Hurst S. « Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review ». *BMC Med Ethics*. 2017;18(1) : pp. 19.
57. Diamant A.L., Wold C. « Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women ». *J Womens Health*. 2003;12(1):41-9.
58. Lee R. « Health care problems of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients ». *Western Journal of Medicine*, 2000;172(6):403-8.
59. American Cancer Society (ACS). *Cancer Facts for Lesbian and Bisexual Women* [Internet]. ACS; 2020. Accessible sur la page Web : <https://www.cancer.org/healthy/cancer-facts/cancer-facts-for-lesbian-and-bisexual-women.html>
60. Peitzmeier S., The Fenway Institute. *Promoting Cervical Cancer Screening Among Lesbians and Bisexual Women*. Boston (Massachusetts) : The Fenway Institute; 2013.
61. Caceres B.A., Brody A., Chyun D. « Recommendations for cardiovascular disease research with lesbian, gay and bisexual adults ». *J Clin Nurs*. 2016;25(23-24) : pp. 3728-42.
62. Caceres B.A., Brody A., Luscombe R.E. et coll. « A Systematic Review of Cardiovascular Disease in Sexual Minorities ». *Am J Mens Health*. 2017;107(4):e13-e21.
63. Cranston R.D., Murphy R., Weiss R.E., et coll. « Anal human papillomavirus infection in a street-based sample of drug using HIV-positive men ». *Int J STD AIDS*. 2012;23(3):195-200.
64. Johnson L.G., Madeleine M.M., Newcomer L.M., et coll. « Anal cancer incidence and survival: The surveillance, epidemiology, and end results experience », 1973-2000. *Cancer*. 2004;101(2):281-8.
65. Action Cancer Ontario (ACO) de Santé Ontario. Politique globale du dépistage des personnes transgenres dans le cadre du programme ontarien de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Toronto (Ontario) : ACO de Santé de l'Ontario; 2019.
66. Roberts A.L., Austin S.B., Corliss H.L. et coll. « Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder ». *Journal of Public Health*, 2010(12), 2433-41.
67. Green K.E., Feinstein B.A. « Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: An update on empirical research and implications for treatment ». *Psychol Addict Behav* 2011;26(2):265-78.
68. Statistique Canada. Orientation sexuelle et santé mentale complète : N° de catalogue 82-003-X des *Rapports sur la santé* : . 2019. p. 3-10.

69. Agence de la santé publique du Canada. Outil pancanadien de données sur les inégalités en matière de santé. Une initiative conjointe de l'Agence de santé publique du Canada, du Réseau pancanadien de santé publique, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé [Internet]. 2017. Accessible sur la page Web : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/?Geo=00&Cat=23&Ind=470&Lif=9&Strat=52&MS=95>
70. Institute of Medicine (États-Unis). « The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding ». Dans : *Institute of Medicine (États-Unis) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities*, éditeur. Washington, DC : National Academies Press (États-Unis); 2011.
71. Collins P., Bilge S.. *Intersectionality, 2nd Edition*, Medford (Massachusetts) : Polity Press; 2020.
72. Hunt S. *An Introduction to the Health of Two-Spirit People: Historical, contemporary and emergent issues*. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2016.
73. Ng H.H. « Intersectionality and Shared Decision Making in LGBTQ Health ». *LGBT Health* 2016;3(5):325-6.
74. Kidd S.A., Veltman A., Gately C., et coll. « Lesbian, Gay, and Transgender Persons with Severe Mental Illness: Negotiating Wellness in the Context of Multiple Sources of Stigma ». *Am J Psychiatr Rehabil*. 2011;14(1):13-39.
75. Simpson J. *Everyone Belongs: A toolkit for applying intersectionality*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien de recherches sur les femmes (ICREF); 2009.
76. Dominelli L., Campling J. *Anti Oppressive Social Work Theory and Practice*: Palgrave Macmillan; 2002.
77. Burke B., Harrison P. *Anti-oppressive practice*. Dans : Adams R., Dominelli L., Payne M., Campling J., éditeurs. *Social Work: Themes, Issues and Critical Debates*. Londres (R.-U.) : Macmillan Education UK; 2003. p. 229-39.
78. Center for Story Based Strategy. Anti-oppression principles [Internet] [date inconnue] Accessible sur la page Web : <https://www.storybasedstrategy.org/anti-oppression-principles/>
79. Yee J.Y., Wong H., Janczur A. Examining systemic and individual barriers of ethno-racial minority social workers in mainstream social service agencies: a community project. Toronto (Ontario) : Patrimoine canadien, Ressources humaines et Développement des compétences Canada et Université Ryerson, Faculté des services communautaires; 2006.
80. Dalrymple J., Burke B. *Anti-oppressive practice: Social care and the law*. Buckingham (Royaume-Uni) : Open University Press; 1995
81. Sherbourne Health, Santé arc-en-ciel Ontario (SAO). *Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients*, 4e Edition. Toronto (Ontario) : RHO; 2019.
82. Statistique Canada. Les peuples autochtones au Canada : Faits saillants du Recensement de 2016. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2017 Accessible sur la page Web : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm?indid=14430-1&indgeo=0>
83. Well Living House. *Our Health Counts: Community health assessment by the people, for the people*. Toronto (Ontario) : Well Living House; 2018.
84. Loppie Reading C., Wein F. *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2009.

85. Nations Unies (ONU). Le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant et du droit à la non-discrimination à cet égard. New York (États-Unis) : ONU; 2019.
86. Commission de vérité et réconciliation (CVR) du Canada. Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada : Winnipeg (Manitoba) : CVR; 2015.
87. Nations Unies. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. 2007.
88. Gouvernement du Canada. *Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits* [Internet]. www.canada.gc.ca/ssna
89. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Metis health*. Prince George (C.-B.) : CCNSA; 2019.
90. Coutu A. *Inclusive language examples* [Internet] 2018 Accessible sur la page Web <http://carequadrant.com/inclusive-language-examples/>
91. Hagen D.B., Galupo M.P. « Trans Individuals' Experiences of Gendered Language with Health Care Providers: Recommendations for Practitioners ». *Int J Urol*. 2014;15(1):16-34.
92. Ross K.A., Castle Bell G. « A Culture-Centered Approach to Improving Healthy Trans-Patient–Practitioner Communication: Recommendations for Practitioners Communicating with Trans Individuals ». *Health Commun*. 2017;32(6):730-40.
93. German D., Kodadek L., Shields R., et coll. « Implementing Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in Emergency Departments: Patient and Staff Perspectives ». *LGBT Health*. 2016;3(6):416-23.
94. Stover C.M., Hare P., Johnson M. « Healthcare experiences of lesbian, gay, and bisexual college students: recommendations for the clinical nurse specialist ». *Clin Nurse Spec*. 2014;28(6):349-57.
95. Rounds K.E., McGrath B.B., Walsh E. « Perspectives on provider behaviors: A qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care ». *Contemp Nurse*. 2013;44(1):99-110.
96. Rucker A.J., Murray A., Gaul Z., et coll. « The role of patient-provider sexual health communication in understanding the uptake of HIV prevention services among Black men who have sex with men ». *Cult Health Sex*. 2018;20(7):761-71.
97. Dunne M.J., Raynor L.A., Cottrell E.K., et coll. « Interviews with Patients and Providers on Transgender and Gender Nonconforming Health Data Collection in the Electronic Health Record ». *Transgend Health*. 2017;2(1):1-7.
98. Thompson H.M. « Patient Perspectives on Gender Identity Data Collection in Electronic Health Records: An Analysis of Disclosure, Privacy, and Access to Care ». *Transgend Health*. 2016;1(1):205-15.
99. Uhrig J.D., Stryker J.E., Bresee S., et coll. « HIV information needs of transgender people and their healthcare providers ». *AIDS Care*. 2019; 31(3) :357-63.
100. Bjarnadottir R.I., Bockting W., Dowding D.W. « Patient perspectives on answering questions about sexual orientation and gender identity: an integrative review ». *J Clin Nurs*. 2017;26(13/14):1814-33.
101. Lisy K., Peters M.D.J., Schofield P., et coll. « Experiences and unmet needs of lesbian, gay, and bisexual people with cancer care: A systematic review and meta-synthesis ». *Psycho-Oncol*. 2018;27(6):1480-9.

102. Brooks H., Llewellyn C.D., Nadarzynski T., et coll. « Sexual orientation disclosure in health care: A systematic review ». *Br J Gen Pract.* 2018;68(668):e187-e96.
103. Floyd M.J., Martin O., Eckloff K.J. « A qualitative study of transgender individuals' experiences of healthcare including radiology ». *Radiography.* 2020;26(2):e38-e44.
104. Brown C., Frohard-Dourlent H., Wood B.A. et coll. « "It makes such a difference": An examination of how LGBTQ youth talk about personal gender pronouns ». *J Am Assoc Nurse Pract.* 2020;32(1):70-80.
105. Carlstrom R., Ek S., Gabrielsson S. « 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff ». *Scand J Caring Sci.* 2020.
106. Samuels E.A., Tape C., Garber N. et coll. « "Sometimes You Feel Like the Freak Show": A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients ». *Ann Emerg Med.* 2018;71(2):170-82.e1.
107. Agénor M., Bailey Z., Krieger N. et coll. « Exploring the Cervical Cancer Screening Experiences of Black Lesbian, Bisexual, and Queer Women: The Role of Patient-Provider Communication ». *Women Health.* 2015;55(6):717-36.
108. Jahn J.L., Bishop R.A., Tan A.S.L. et coll. « Patient-Provider Sexually Transmitted Infection Prevention Communication among Young Adult Sexual Minority Cisgender Women and Nonbinary Assigned Female at Birth Individuals ». *Women's Health Issues.* 2019;29(4):308-14.
109. Goins E.S., Pye D. « Check the box that best describes you: reflexively managing theory and praxis in LGBTQ health communication research ». *Health Commun* 2013;28(4):397-407.
110. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015. Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Final_13.pdf
111. Bass A.C., Torain M., Adler R. et coll. « Is It Okay To Ask: Transgender Patient Perspectives on Sexual Orientation and Gender Identity Collection in Healthcare ». *Acad Emerg Med.* 2017;24(6):655-67.
112. McNair R.P., Hegarty K., Taft A. « From silence to sensitivity: a new Identity Disclosure model to facilitate disclosure for same-sex attracted women in general practice consultations ». *Soc Sci Med.* 2012;75(1):208-16.
113. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. *Norme d'exercice : Confidentialité des renseignements personnels sur la santé.* Toronto (Ontario) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2019.
114. *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (2004).*
115. Dispenza F., Viehl C., Sewell M.H. et coll. *A Model of Affirmative Intersectional Rehabilitation Counseling With Sexual Minorities.* *Rehabil Couns Bull.* 2016;59(3):143-57.
116. Guss C.E., Woolverton G.A., Borus J. et coll. *Transgender Adolescents' Experiences in Primary Care: A Qualitative Study.* *J Adoles Health.* 2019;65(3):344-9.
117. Dodge B., Schnarrs P.W., Goncalves G. et coll. « The significance of privacy and trust in providing health-related services to behaviorally bisexual men in the United States ». *AIDS Educ Prev.* 2012;24(3):242-56.
118. Brooks H., Llewellyn C.D., Nadarzynski T. et coll. « Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review ». *Br J Gen Pract.* 2018;68(668):e187-e96.

119. Eisenberg M.E., McMorris B.J., Rider G.N. et coll. « "It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there." A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States ». *Health Soc Care Community*. 2020;28(3):1082-9.
120. Hines D.D., Laury E.R., Habermann B. « They Just Don't Get Me: A Qualitative Analysis of Transgender Women's Health Care Experiences and Clinician Interactions ». *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2019;30(5):e82-e95.
121. Soinio J.I.I., Paavilainen E., Kylma J.P.O. « Lesbian and bisexual women's experiences of health care: "Do not say, 'husband', say, 'spouse'" ». *J Clin Nurs*. 2020;29(1-2) : pp. 94-106.
122. Bell J., Purkey E. « Trans individuals' experiences in primary care ». *Can Fam Physician*. 2019;65(4):E147-E54.
123. Sbragia J.D., Vottero B. *Experiences of transgender men in seeking gynecological and reproductive health care: a qualitative systematic review*. JBI Evid Synth. 2020.
124. Pennay A., McNair R., Hughes T.L. et coll. « Improving alcohol and mental health treatment for lesbian, bisexual and queer women: Identity matters ». *Aust N Z J Public Health*. 2018;42(1):35-42.
125. Pinto A.D., Aratangy T., Abramovich A. et coll. « Routine collection of sexual orientation and gender identity data: a mixed-methods study ». *Can Med Assoc J*. 2019;191(3):E63-E8.
126. Ontario Public Health Association (OPHA). *A Positive Space is a Healthy Space*. Toronto (Ontario) : OPHA; 2011.
127. De Pedro K.T., Lynch R.J., Esqueda M.C. « Understanding safety, victimization and school climate among rural lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) youth ». *J LGBT Youth*. 2018;15(4):265-79.
128. Kosciw J.G., Palmer N.A., Kull R.M. et coll. « The Effect of Negative School Climate on Academic Outcomes for LGBT Youth and the Role of In-School Supports ». *J Sch Violence*. 2013;12(1):45-63.
129. Day J.K., Ioverno S., Russell S.T. « Safe and supportive schools for LGBT youth: Addressing educational inequities through inclusive policies and practices ». *J Sch Psychol*. 2019;74:29-43.
130. Saewyc E.M., Konishi C., Rose H.A. et coll. « School-Based Strategies to Reduce Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Discrimination among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents in Western Canada ». *J Child Fam Stud*. 2014;5(1):89-112.
131. Day J.K., Fish J.N., Grossman A.H. et coll. « Gay-Straight Alliances, Inclusive Policy, and School Climate: LGBTQ Youths' Experiences of Social Support and Bullying ». *J Res Adolesc*. 2020;30 : 418-430
132. Poteat V.P., Sinclair K.O., DiGiovanni C.D. et coll. « Gay--Straight Alliances Are Associated with Student Health: A Multischool Comparison of LGBTQ and Heterosexual Youth ». *J Res Adolesc*. 2013;23(2):319-30.
133. Kull R.M., Greytak E.A., Kosciw J.G. et coll. « Effectiveness of school district antibullying policies in improving LGBT youths' school climate ». *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2016;3(4):407-15.
134. MacDonnell J.A., Daley A. « Examining the development of positive space in health and social service organizations: A Canadian exploratory study ». *Gay Lesbian Soc Serv*. 2015;27(3):263-301.
135. Sullivan K.M. *Acceptance in the Domestic Environment: The Experience of Senior Housing for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Seniors*. *J Gerontol Soc Work*. 2014;57(2-4) : pp. 235-50.
136. Fetner T., Elafros A., Bortolin S. et coll. *Safe spaces: gay-straight alliances in high schools*. *J Gerontol Soc Work*. 2012;49(2):188-207.

137. Leyerzapf H., Visse M., De Beer A. et coll. « Gay-friendly elderly care: creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm ». *Ageing Soc.* 2016;38(2):352-77.
138. Gower A.L., Forster M., Gloppen K. et coll. « School Practices to Foster LGBT-Supportive Climate: Associations with Adolescent Bullying Involvement ». *Prev Sci.* 2018;19(6):813-21.
139. Garcia J., Parker C., Parker R.G. et coll. « "You're Really Gonna Kick Us All Out?" Sustaining Safe Spaces for Community-Based HIV Prevention and Control among Black Men Who Have Sex with Men ». *PLoS One.* 2015;10(10):e0141326.
140. Pitcher E.N., Camacho T.P., Renn K.A. et coll. « Affirming Policies, Programs, and Supportive Services: Using an Organizational Perspective to Understand LGBTQ+ College Student Success ». *J Divers High Educ.* 2018;11(2):117-32.
141. Gamarel K.E., Walker J.N.J., Rivera L. et coll. « Identity safety and relational health in youth spaces: A needs assessment with LGBTQ youth of color ». *J LGBT Youth.* 2014;11(3):289-315.
142. Porta C.M., Singer E., Mehus C.J. et coll. « LGBTQ Youth's Views on Gay-Straight Alliances: Building Community, Providing Gateways, and Representing Safety and Support ». *J Sch Health.* 2017;87(7):489-97.
143. Murchison G.R., Agénor M., Reisner S.L., et coll. « School Restroom and Locker Room Restrictions and Sexual Assault Risk Among Transgender Youth ». *Pediatrics.* 2019;143(6):1-10.
144. Seelman K.L., Walker M.B. « Do Anti-Bullying Laws Reduce In-School Victimization, Fear-based Absenteeism, and Suicidality for Lesbian, Gay, Bisexual, and Questioning Youth? » *J Youth Adolesc.* 2018;47(11):2301-19.
145. Davis B., Stafford M.B., Pullig C. « How gay-straight alliance groups mitigate the relationship between gay-bias victimization and adolescent suicide attempts ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* Déc. 2014;53(12):1271-8.
146. Burk J., Park M., Saewyc E.M. « A media-based school intervention to reduce sexual orientation prejudice and its relationship to discrimination, bullying, and the mental health of lesbian, gay, and bisexual adolescents in western canada: A population-based evaluation ». *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(11) : pp. 2447.
147. Li G., Wu A.D., Marshall S.K. et coll. « Investigating site-level longitudinal effects of population health interventions: Gay-Straight Alliances and school safety ». *SSM Popul Health.* 2019;7:100350.
148. Ioverno S., Belser A.B., Baiocco R. et coll. « The protective role of gay-straight alliances for lesbian, gay, bisexual, and questioning students: A prospective analysis ». *Psychol Sex Orientat Gend Divers.* 2016;3(4):397-406.
149. Centre canadien de la diversité des genres et des sexualités. *Gender and Sexuality Alliance GSA Toolkit* [lieu inconnu] Centre canadien de la diversité des genres et des sexualités; 2015.
150. Elliott K.O. « Queering student perspectives: gender, sexuality and activism in school ». *Sex Educ.* 2016;16(1):49-62.
151. McCormick A., Schmidt K., Clifton E.. « Gay-Straight Alliances: Understanding Their Impact on the Academic and Social Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning High School Students ». *Children Schools.* 2015;37(2):71-7.
152. Roe S.L. « Examining the Role of Peer Relationships in the Lives of Gay and Bisexual Adolescents ». *Children Schools.* 2015;37(2):117-24.
153. John A., Travers R., Munro L. et coll. « The Success of Gay-Straight Alliances in Waterloo Region, Ontario: A Confluence of Political and Social Factors ». *J LGBT Youth.* 2014;11(2):150-70.

154. Porta C.M., Gower A.L., Mehus C.J. et coll. « "Kicked out": LGBTQ youths' bathroom experiences and preferences ». *J Adolesc.* 2017;56:107-12.
155. Greytak E.A., Kosciw J.G., Boesen M.J. « Putting the "T" in "resource": The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. Special Issue: Supporting transgender and gender-nonconforming children and youth ». *J LGBT Youth.* 2013;10(1-2):45-63.
156. Projet de loi 13, *Loi de 2012 pour des écoles tolérantes* (Ontario) .
157. Agence de la santé publique du Canada (ASPC) *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif.* Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019.
158. Giblon R.E. *Inequalities in Social Determinants of Health in the Ontario Transgender Population.* Dépôt électronique des thèses et des dissertations : Université Western Ontario; 2016.
159. Société canadienne du cancer. Dépistage dans les communautés LGBTQ : Pourquoi devriez-vous subir un dépistage? [Internet] 2019 Accessible sur la page Web : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/find-cancer-early/screening-in-lgbtq-communities/why-should-you-get-screened>
160. Réseau ontarien de traitement du VIH. Rapid Response Service. *Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people.* Toronto (Ontario) : Réseau ontarien de traitement du VIH; 2014.
161. Santé arc-en-ciel Ontario (SAO). *LGBTQ Cancer Factsheet.* Toronto (Ontario) : RHO; 2016.
162. European AIDS Clinical Society (EACS). *EACS Guidelines: Edition 10.1* Bruxelles (Belgique) : EACS; 2020.
163. Société canadienne du cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes lesbiennes, bisexuelles et allosexuelles [Internet] [date inconnue] Accessible sur la page Web : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/find-cancer-early/screening-in-lgbtq-communities/lesbian-bisexual-and-queer-women-and-cervical-cancer-screening>
164. Action Cancer Ontario. Cervical Screening Guidelines Summary [Internet] 2020 Accessible sur la page Web : <https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/cancer-continuum/screening/resources-healthcare-providers/cervical-screening-guidelines-summary>
165. Sherbourne Health. Guidelines for Gender-affirming Primary Care with Trans and Non-binary Patients. Toronto (Ontario) : Sherbourne Health; 2019.
166. UCSF Transgender Care. « Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People ». Dans : *Department of Family and Community Medicine University of California San Francisco*, editor. 2nd ed. San Francisco (Californie) : UCSF; 2016.
167. Lindsay Px, Connor Gorber Sx, Joffres Mx et coll. *Recommendations on screening for high blood pressure in Canadian adults.* *Can Fam Physician.* 2013;59:927-33.
168. Papaioannou A., Morin S., Cheung A.M., Atkinson S., Brown J.P., Feldman S. et coll. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *JAMC* 23 novembre 2010;182(17):1864-73
169. Ekoe J.M., Goldenberg R., Katz P. « Screening for Diabetes in Adults ». *Can J Diabetes* 2018;42:S16-S9.
170. Rotondi Khobzi N., Bauer G.R., Travers R. et coll. « Depression in male-to-female transgender Ontarians: Results from the Trans PULSE Project ». *Can J Commun Ment Health* 2011;30(2):113-33.
171. Rotondi Khobzi N., Bauer G., Scanlon K. et coll. « Prevalence of and risk and protective factors for depression in female-to-male transgender Ontarians: Trans PULSE project ». *Can J Commun Ment Health.* 2011;30(2):135-55.

172. Center for Disease Control (CDC). *2015 STD Treatment Guidelines: Special Populations*. Atlanta (Georgie) : CDC; 2015.
173. Brouwers M., Kho M.E., Browman G.P. *AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care*. *Can Med Assoc J*. 2010;182(18) : p. 839-42.
174. Connolly D., Hughes X., Berner A. « Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: Revue systématique descriptive ». *Prev Med*. 2020;135:106071.
175. Pardee D.J., Peitzmeier S.M., Reisner S.L. et coll. « "It Can Promote an Existential Crisis": Factors Influencing Pap Test Acceptability and Utilization Among Transmasculine Individuals ». *Qual Health Res*. 2017;27(14):2138-49.
176. Johnson M., Wakefield C., Garthe K. « Qualitative socioecological factors of cervical cancer screening use among transgender men ». *Prev Med Rep*. 2020;17:101052.
177. Tang W., Wei « Crowdsourcing to expand HIV testing among men who have sex with men in China: a closed cohort stepped wedge cluster randomized controlled trial ». *PLoS Med*. 2018;15(8):e1002645.
178. Zhu X., Zhang. « Effects of a Mobile Health Intervention to Promote HIV Self-testing with MSM in China: a Randomized Controlled Trial ». *AIDS Behav*. 2019;23(11) : pp. 3129.
179. Garbers S., Friedman A., Martinez O. et coll. « Adapting the Get Yourself Tested Campaign to Reach Black and Latino Sexual-Minority Youth ». *Health Promot Pract*. 2016;17(5):739-50.
180. Adam B.D., Gardner S., Major C. et coll. « Promoting HIV Testing for Gay and Bisexual Men ». *Health Promot Pract*. 2016;17(1):40-7.
181. Alarcon Gutierrez M., Fernandez Quevedo M., Martin Valle S. et coll. « Acceptability and effectiveness of using mobile applications to promote HIV and other STI testing among men who have sex with men in Barcelona, Spain ». *Sex Transm Infect*. 2018;94(6):443-8.
182. Frye V., Paige M.Q., Gordon S. et coll. « Impact of a community-level intervention on HIV stigma, homophobia and HIV testing in New York City: Results from project CHHANGE ». *Stigma Health*. 2019;4(1):72-81.
183. Wood M., Ellks R., Grobicki M. « Outreach sexual infection screening and postal tests in men who have sex with men: are they comparable to clinic screening? » *Int J STD AIDS*. 2015;26(6):428-31.
184. Knight V., Gale M., Guy R. et coll. « A novel time-limited pop-up HIV testing service for gay men in Sydney, Australia, attracts high-risk men ». *Sex Health*. 2014;11(4):345-50.
185. Hart T., Noor. « GPS: a Randomized Controlled Trial of Sexual Health Counseling for Gay and Bisexual Men Living With HIV ». *Behav Ther*. 2020.
186. Mimiaga M., Hughto J. « A Randomized Pilot Study of a Group-Delivered HIV Risk Reduction Intervention for At-Risk Urban Men Who Have Sex with Men Who Regularly Attend Private Sex Events ». *Arch Sex Behav*. 2019;48(4) : pp. 1059.
187. Harawa N., Guentzel-Frank H. « Efficacy of a Small-Group Intervention for Post-Incarcerated Black Men Who Have Sex with Men and Women (MSMW) ». *J Urban Health*. 2018;95(2) : pp. 159.
188. Sevelius J, Neilands T. « Sheroes: feasibility and Acceptability of a Community-Driven, Group-Level HIV Intervention Program for Transgender Women ». *AIDS Behav*. 2019.

189. Barry M., Threats M. « "Stay strong ! keep ya head up ! move on ! it gets better !!!!": processus de résilience dans l'intervention en ligne d'autonomisation en matière de santé de jeune noirs homosexuels, bisexuels et autres ayant des rapports sexuels avec des hommes ». *AIDS Care*. 2018;30(sup5):S27.
190. Sahassanon P., Pisitsungkagarn K., Taephant N. « The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy Using Art as a Medium on Depressive Symptoms and HIV Antiretroviral Medication Adherence ». *Int J Adv Couns*. 2019;41(4):530-43.
191. Garofalo R., Kuhns L.M., Reisner S.L. et coll. « Efficacy of an Empowerment-Based, Group-Delivered HIV Prevention Intervention for Young Transgender Women: The Project LifeSkills Randomized Clinical Trial ». *JAMA Pediatr*. 2018;172(10):916-23.
192. Cruess D.G., Burnham K.E., Finitis D.J. et coll. « A randomized clinical trial of a brief internet-based group intervention to reduce sexual transmission risk behavior among HIV-positive gay and bisexual men ». *Ann Behav Med*. 2018;52(2):116-29.
193. Capistrant B.D., Torres B., Merengwa E. et coll. « Caregiving and social support for gay and bisexual men with prostate cancer ». *Psycho-Oncol*. 2016;25(11):1329-36.
194. Reisner S.L., Hughto J.M.W., Pardee D.J. et coll. « LifeSkills for Men (LS4M): Pilot Evaluation of a Gender-Affirmative HIV and STI Prevention Intervention for Young Adult Transgender Men Who Have Sex with Men ». *J Urban Health*. 2016;93(1):189-205.
195. Hart T.A., Stratto N., Coleman T.A. et coll. « A pilot trial of a sexual health counseling intervention for HIV-positive gay and bisexual men who report anal sex without condoms ». *PLOS ONE*. 2016;11 (4) (sans pagination)(e0152762).
196. Hidalgo M.A., Kuhns L.M., Hotton A.L. et coll. « The MyPEEPS Randomized Controlled Trial: A Pilot of Preliminary Efficacy, Feasibility, and Acceptability of a Group-Level, HIV Risk Reduction Intervention for Young Men Who Have Sex with Men ». *Arch Sex Behav*. 2014;44(2):475-85.
197. Logie C.H., Lacombe-Duncan A., Weaver J. et coll. « A Pilot Study of a Group-Based HIV and STI Prevention Intervention for Lesbian, Bisexual, Queer, and Other Women Who Have Sex with Women in Canada ». *AIDS Patient Care STDs*. 2015;29(6):321-8.
198. Young S.D., Cumberland W.G., Nianogo R. et coll. « The HOPE social media intervention for global HIV prevention in Peru: A cluster randomised controlled trial ». *VIH Lancet*. 2015;2(1):e27-e32.
199. Lyons T., Tilmon S., Fontaine Y.M. « Development of a Small-Group Intervention for Stimulant-Using Men Who Have Sex With Men ». *Journal of Groups in Addiction and Recovery*. 2014;9(1):54-70.
200. Heckman B.D., Lovejoy T.I., Heckman T.G. et coll. « The moderating role of sexual identity in group teletherapy for adults aging with HIV ». *Behav Med*. 2014;40(3):134-42.
201. Ye S, Yin L, Amico KR, Simoni JM, et coll. « Efficacy of peer-led interventions to reduce unprotected anal intercourse among men who have sex with men: A meta-analysis ». *PLoS ONE*. 2014;9 (3) (sans pagination)(e90788).
202. Horvath K.J., Michael Oakes J., Simon Rosser B.R. et coll. « Feasibility, acceptability and preliminary efficacy of an online peer-to-peer social support ART adherence intervention ». *AIDS Behav*. 2013;17(6):2031-44.
203. Bavinton B.R., Gray J., Prestage G.. « Assessing the effectiveness of HIV prevention peer education workshops for gay men in community settings ». *Aust NZ J Public Health* 2013;37(4):305-10.

204. Garofalo R., Johnson A.K., Kuhns L.M. et coll. « Life skills: Evaluation of a theory-driven behavioral HIV prevention intervention for young transgender women ». *J Urban Health*. 2012;89(3):419-31.
205. Empson S., Cuca Y.P., Cocohoba J. et coll. « Seeking Safety Group Therapy for Co-Occurring Substance Use Disorder and PTSD among Transgender Women Living with HIV: A Pilot Study ». *J Psychoact Drugs*. 2017;49(4):344-51.
206. Rhodes S.D., Alonzo J., Mann L., Song E.Y. et coll. « Small-Group Randomized Controlled Trial to Increase Condom Use and HIV Testing Among Hispanic/Latino Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men ». *Am J Mens Health*. 2017;107(6):969-76.
207. Briggs P.C., Hayes S., Changaris M. « Somatic Experiencing informed therapeutic group for the care and treatment of biopsychosocial effects upon a gender diverse identity ». *Front Psychiatry*. 2018;9 (FEB) (sans pagination) (53).
208. Mimiaga MJ, Closson EF, Biello KB, et coll. « A Group-Based Sexual Risk Reduction Intervention for Men Who Have Sex With Men in Ho Chi Minh City, Vietnam: Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy ». *Arch Sex Behav*. 2016;45(6):1493-500.
209. Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Takacs J. et coll. « Effects of a social network HIV/STD prevention intervention for MSM in Russia and Hungary: A randomized controlled trial ». *AIDS*. 2015;29(5):583-93.
210. Eliason M.J., Dibble S.L., Gordon R. et coll. « The Last Drag: An Evaluation of an LGBT-Specific Smoking Intervention ». *J Homosex*. 2012;59(6):864-78.
211. McElroy J.A., Haynes S.G., Eliason M.J. et coll. « Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women Aged 40 and Older: An Effective Intervention in 10 Cities Using Tailored Approaches ». *Womens Health Issues*. 2016;26 Suppl 1:S18-35.
212. Koblin B.A., Bonner S., Powell B. et coll. « A randomized trial of a behavioral intervention for black MSM: the DiSH study ». *AIDS*. 2012;26(4):483-8.
213. Taylor E.T., Bryson M.K. « Cancer's margins: trans* and gender nonconforming people's access to knowledge, experiences of cancer health, and decision-making ». *LGBT Health*. 2016;3(1):79-89.
214. Batist E., Brown B., Scheibe A. et coll. « Outcomes of a community-based HIV-prevention pilot programme for township men who have sex with men in Cape Town, South Africa ». *J Int AIDS Soc*. 2013;16 Suppl 3:18754.
215. Eliason M.J. « Doing It For Ourselves: Building communities for health education and support for older lesbian/bisexual women ». *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2015;27(3):326-49.
216. Brown J.L., Vanable P.A., Bostwick R.A. et coll. « A Pilot Intervention Trial to Promote Sexual Health and Stress Management Among HIV-Infected Men Who Have Sex with Men ». *AIDS & Behav*. 2018;23:23.
217. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Behavioural change at population, community and individual levels*. Londres (R.-U.) : NICE; 2007.
218. Craig S.L., Austin A. « The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth ». *Children Youth Serv Rev*. 2016, 35(64) : p. 136 à 815.
219. Craig S.L., Austin A., McInroy L.B. « School-Based Groups to Support Multiethnic Sexual Minority Youth Resiliency: Preliminary Effectiveness ». *Child Adolesc Social Work J*. 2014;31(1):87-106.
220. Wilkerson J.M., Schick V.R., Romijnders K.A. et coll. « Social Support, Depression, Self-Esteem, and Coping Among LGBTQ Adolescents Participating in Hatch Youth ». *Health Promot Pract*. 2017;18(3):358-65.

221. Wilkerson J.M., Lawler S.M., Romijnders K.A. et coll. « Exploratory Analyses of Risk Behaviors Among GLBT Youth Attending a Drop-In Center ». *Health Educ Behav.* 2018;45(2):217-28.
222. Romijnders K.A., Wilkerson J.M., Crutzen R. et coll. « Strengthening Social Ties to Increase Confidence and Self-Esteem Among Sexual and Gender Minority Youth ». *Health Promot Pract.* 2017;18(3):341-7.
223. Logie C.H., Lacombe-Duncan A., Lee-Foon N. et coll. « "It's for us -newcomers, LGBTQ persons, and HIV-positive persons. You feel free to be": A qualitative study exploring social support group participation among African and Caribbean lesbian, gay, bisexual and transgender newcomers and refugees in Toronto, Canada ». *BMC Int Health Human Rights.* 2016;16 (1) (sans pagination) (18).
224. Wilkens J. « The significance of affinity groups and safe spaces for older lesbians and bisexual women: Creating support networks and resisting heteronormativity in older age ». *Qual Ageing.* 2016;17(1):26-35.
225. Amodeo A.L., Picariello S., Valerio P. et coll. « Empowering transgender youths: Promoting resilience through a group training program ». *J Gay Lesbian Ment Health.* 2018;22(1):3-19.
226. Blockett R.A. « 'I think it's very much placed on us': Black queer men laboring to forge community at a predominantly White and (hetero)cisnormative research institution ». *Int J Qual Health Care.* 2017;30(8):800-16.
227. Tallentire L., Smith M., David L. et coll. « Stories of People Who Have Attended a Lesbian, Gay, Bisexual and Trans Support Group in a Secure Intellectual Disability Service ». *J Appl Res Intellect Disabil.* 2016;31:31.
228. Brooks O. « IGY: A new model for LGBTQ youth groups? » *J LGBT Youth.* 2017;14(2):191-210.
229. Lapointe A., Crooks C. « GSA members' experiences with a structured program to promote well-being ». *J LGBT Youth.* 2018;15(4):300-18.
230. Dowers E., Kingsley J., White C. « Virtually Trans: an Australian Facebook group supporting gender diverse adults' health and wellbeing ». *Health Promot Int.* 2020.
231. Sekoni A.O., Gale N.K., Manga-Atangana B. et coll. « The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review ». *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1) : pp. 21624.
232. Sawning S., Steinbock S., Croley R. et coll. « A first step in addressing medical education Curriculum gaps in lesbian-, gay-, bisexual-, and transgender-related content: The University of Louisville Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Certificate Program ». *Educ Health.* 2017;30(2):108-14.
233. Grosz A.M., Gutierrez D., Lui A.A. et coll. « A Student-Led Introduction to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health for First-Year Medical Students ». *Fam Med.* 2017;49(1):52-6.
234. Kidd J.D., Bockting W., Cabaniss D.L. et coll. « Special-"T" Training: Extended Follow-up Results from a Residency-Wide Professionalism Workshop on Transgender Health ». *Acad Psychiatry.* 2016;40(5):802-6.
235. Eriksson S.E., Safer J.D. « Evidence-Based Curricular Content Improves Student Knowledge and Changes Attitudes Towards Transgender Medicine ». *Endocr Pract.* 2016;22(7):837-41.
236. Rivers B., Swank J.M. « LGBT ally training and counselor competency: A mixed-methods study ». *J LGBT Issues Couns.* 2017;11(1):18-35.
237. Braun H.M., Garcia-Grossman I.R., Quinones-Rivera A. et coll. « Outcome and impact evaluation of a transgender health course for health profession students ». *LGBT Health.* 2017;4(1):55-61.

238. Bidell M.P. « Addressing disparities: The impact of a lesbian, gay, bisexual, and transgender graduate counselling course ». *Couns Psychother Res.* 2013;13(4):300-7.
239. Ufomata E., Eckstrand K.L., Hasley P. et coll. « Comprehensive Internal Medicine Residency Curriculum on Primary Care of Patients Who Identify as LGBT ». *LGBT Health.* 2018;24:24.
240. Vance S.R., Jr, L., B., O., E., B.. « Teaching paediatric transgender care ». *Clin Teach.* 2018;15(3):214-20.
241. Ostroff J.L., Ostroff M.L., Billings S., Nemeč E.C. « Integration of transgender care into a pharmacy therapeutics curriculum ». *Curr Pharm Teach Learn.* 2018;10(4):463-8.
242. Park J.A., Safer J.D. « Clinical Exposure to Transgender Medicine Improves Students' Preparedness Above Levels Seen with Didactic Teaching Alone: A Key Addition to the Boston University Model for Teaching Transgender Healthcare ». *Transgend Health.* 2018;3(1):10-6.
243. Ozkara San E. « The influence of the oncology-focused transgender-simulated patient simulation on nursing students' cultural competence development ». *Nursing forum.* 2020.
244. Vance S.R., Buckelew S.M., Dentoni-Lasofsky B. et coll. « A Pediatric Transgender Medicine Curriculum for Multidisciplinary Trainees ». *MedEdPORTAL.* 2020;16:10896.
245. Stevenson M.O., Sineath R.C., Haw J.S., et coll. « Use of standardized patients in endocrinology fellowship programs to teach competent transgender care ». *Journal of the Endocrine Society.* 2018;15(8):bvz007.
246. Garcia-Acosta J., Castro-Peraza M. « Impact of a Formative Program on Transgender Healthcare for Nursing Students and Health Professionals. Quasi-Experimental Intervention Study ». *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(17).
247. Pratt-Chapman M.L., Phillips S. « Health professional student preparedness to care for sexual and gender minorities: efficacy of an elective interprofessional educational intervention ». *J Interprof Care.* 2020;34(3):418-21.
248. Leach C., Seung H., Layson-Wolf C. « Student pharmacists' perceptions of transgender health management ». *Curr Pharm Teach Learn.* 2019;11(12):1254-8.
249. Knockel L.E., Ray M.E., Miller M.L. « Incorporating LGBTQ health into the curriculum: Assessment of student pharmacists' knowledge and comfort level in caring for transgender patients ». *Curr Pharm Teach Learn.* 2019;11(9):928-35.
250. Salkind J., Gishen F., Drage G. et coll. « LGBT+ health teaching within the undergraduate medical curriculum ». *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(13):2305.
251. Leslie K.F., Sawning S., Shaw M.A. et coll. « Changes in medical student implicit attitudes following a health equity curricular intervention ». *Med Teacher.* 2018;40(4):372-8.
252. Cooper M.B., Chacko M., Christner J. « Incorporating LGBT Health in an Undergraduate Medical Education Curriculum Through the Construct of Social Determinants of Health ». *MedEdPORTAL.* 2018;14:10781.
253. Maruca A.T., Diaz D.A., Stockmann C. et coll. « Using Simulation With Nursing Students to Promote Affirmative Practice Toward the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Population: A Multisite Study ». *Nurs Educ Perspect.* 2018;39(4):225-9.
254. « Newsome C, Chen LW, Conklin J. Addition of care for transgender-related patient care into doctorate of pharmacy curriculum: Implementation and preliminary evaluation ». *Pharmacy.* 2018;6(4) : pp. 107.

255. Click I.A., Mann A.K., Buda M. et coll. *Transgender health education for medical students. Clin Teach.* 2019.
256. Allison M.K., Marshall S.A., Archie D.S. et coll. « Community-Engaged Development, Implementation, and Evaluation of an Interprofessional Education Workshop on Gender-Affirming Care ». *Transgend Health.* 2019;4(1):280-6.
257. Najor A.J., Kling J.M., Imhof R.L. et coll. « Transgender Health Care Curriculum Development: A Dual-Site Medical School Campus Pilot ». *Health Equity.* 2020;4(1):102-13.
258. Cherabie J., Nilsen K., Houssayni S. « Transgender Health Medical Education Intervention and its Effects on Beliefs, Attitudes, Comfort, and Knowledge ». *N Engl J Med.* 2018;11(4):106-9.
259. Klotzbaugh R.J., Ballout S., Spencer G. « Results and implications from a gender minority health education module for advance practice nursing students ». *J Am Assoc Nurse Pract.* 2020;32(4):332-8.
260. Haghiri-Vijeh R., McCulloch T., Atack L. et coll. « The Impact of Positive Space Training on Students' Communication With LGBTQ+ Communities ». *Nurs Educ Perspect.* 2020;41(2):115-6.
261. McEwing E. « Delivering culturally competent care to the lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) population: Education for nursing students ». *Nurse Educa Today.* 2020;94:104573.
262. Thompson H., Coleman J.A., Iyengar R.M. et coll. Evaluation of a gender-affirming healthcare curriculum for second-year medical students. *Postgrad Med J.* 2020;96(1139):515-9.
263. Jann M.W., Penzak S., White A. et coll. « An Elective Course in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Practice Issues ». *Am J Pharm Educ.* 2019;83(8) : pp. 6967.
264. de Los Reyes G.O.R., Collicot D. « "It's Not Only about Clinical Tools but Also Our Role as Agents of Social Change": Implementing a LGBT Competency Training for Future Mental Health Practitioners in Mexico ». *J Homosex.* 2020:1-24.
265. Wahlen R., Bize R., Wang J. et coll. « Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health ». *PLOS ONE.* 2020;15(7 juillet):e0234743.
266. Bi S., Vela M.B., Nathan A.G. et coll. « Teaching Intersectionality of Sexual Orientation, Gender Identity, and Race/Ethnicity in a Health Disparities Course ». *MedEdPORTAL.* 2020;16:10970.
267. Ozkara San E., Maneval R., Gross R.E. et coll. « Transgender Standardized Patient Simulation: Management of an Oncological Emergency ». *J Gerontol Nurs.* 2019;30(6):627-35.
268. Vinjamuri M. « Using reflection and dialogue to prepare social work students for practice with LGBT populations: An emerging pedagogical model ». *J Gay Lesbian Soc Serv.* 2017;29(2):144-66.
269. Sequeira G.M., Chakraborti C., Panunti B.A. « Integrating Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Content Into Undergraduate Medical School Curricula: A Qualitative Study ». *Ochsner J.* 2012;12(4):379-82.
270. Gavzy S.J., Berenson M.G., Decker J. et coll. « The Case of Ty Jackson: An Interactive Module on LGBT Health Employing Introspective Techniques and Video-Based Case Discussion ». *MedEdPORTAL.* 2019;15:10828.
271. Brondani M., Harjani M., Siarkowski M. et coll. « Community as the teacher on issues of social responsibility, substance use, and queer health in dental education ». *PLOS ONE.* 2020;15(8 août):e0237327.
272. Sevelius J.M. « Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior among Transgender Women of Color ». *Sex Roles.* 2013;68(11-12) : pp. 675-89.

273. Boud D., Keogh R., Walker D. « Promoting Reflection in Learning: A Model ». *Reflection: Turning Reflection into Learning*. Londres (R.-U.) : Routledge; 1985.
274. Association of Experiential Education. *What is Experiential Education?* [date inconnue] Accessible sur la page Web : <https://www.aee.org/what-is-ee>
275. Jurcek A., Downes C., Keogh B. et coll. « Educating health and social care practitioners on the experiences and needs of older LGBT+ adults: findings from a systematic review ». *J Nurs Manag.* 2020.
276. Pepping C.A., Lyons A., Morris E.M. « Affirmative LGBT psychotherapy: Outcomes of a therapist training protocol ». *Psychotherapy.* 2018;55(1):52-62.
277. White Hughto J.M., Clark K.A., Altice F.L. et coll. « Improving correctional healthcare providers' ability to care for transgender patients: Development and evaluation of a theory-driven cultural and clinical competence intervention ». *Soc Sci Med.* 2017;195:159-69.
278. Riggs D.W., Fraser H., Taylor N. et coll. « Domestic violence service providers' capacity for supporting transgender women: Findings from an Australian workshop ». *Br J Soc Work.* 2016;46(8):2374-92.
279. Geibel S., Hossain S.M., Pulerwitz J. et coll. « Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh ». *J Adolesc Health.* 2017;60(2, Suppl 2):S35-S44.
280. Tucker A., Liht J., de Swardt G., Arendse C., McIntyre J., Struthers H. « Efficacy of tailored clinic trainings to improve knowledge of men who have sex with men health needs and reduce homoprejudicial attitudes in South Africa ». *LGBT Health.* 2016;3(6):443-50.
281. Israel T., Willging C.E., Ley D. « Development and evaluation of training for rural LGBTQ mental health peer advocates ». *J Rural Ment Health.* 2016;40(1):40-62.
282. Craig S.L., Doiron C., Dillon F. « Cultivating professional allies for sexual minority youth: A community-based educational intervention ». *J Homosex.* 2015;62(12):1703-21.
283. Greytak E.A., Kosciw J.G., Boesen M.J. « Educating the educator: Creating supportive school personnel through professional development ». *J Sch Violence.* 2013;12(1):80-97.
284. Lelutiu-Weinberger C., Pollard-Thomas P., Pagano W. et coll. « Implementation and Evaluation of a Pilot Training to Improve Transgender Competency Among Medical Staff in an Urban Clinic ». *Transgend Health.* 2016;1(1):45-53.
285. Porter K.E., Krinsky L. « Do LGBT aging trainings effectuate positive change in mainstream elder service providers? » *J Homosex.* 2014;61(1):197-216.
286. Jadwin-Cakmak L., Bauermeister J.A., Cutler J.M. et coll. « The Health Access Initiative: A Training and Technical Assistance Program to Improve Health Care for Sexual and Gender Minority Youth ». *J Adolesc Health.* 2020;67(1):115-22.
287. Holman E.G., Landry-Meyer L., Fish J.N. Creating Supportive Environments for LGBT Older Adults: « An Efficacy Evaluation of Staff Training in a Senior Living Facility ». *J Gerontol Soc Work.* 2020;63(5):464-77.
288. Arora M., Walker K., Luu J. et coll. « Education of the medical profession to facilitate delivery of transgender health care in an Australian health district ». *Aust J Prim Health.* 2020;26(1):17-23.

289. Wyckoff E.D. « LGBT Cultural Competence of Acute Care Nurses ». *J Nurses Prof Dev.* 2019;35(3):125-31.
290. Nugroho A., Coulter R.W.S., Erasmus V. et coll. « Evaluation of a training aimed at building capacity for outreaching to men who have sex with men and transgender women in Indonesia ». *Health Educ Res.* 2019;34(2):223-33.
291. Donisi V., Amaddeo F., Zakrzewska K. et coll. « Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project ». *Patient Educ Couns.* 2020;103(5):978-87.
292. Walia H., Banoub R., Cambier G.S. et coll. « Perioperative Provider and Staff Competency in Providing Culturally Competent LGBTQ Healthcare in Pediatric Setting ». *Adv Med Educ Pract.* 2019;10:1097-102.
293. Shrader A., Casero K., Casper B. et coll. « Military lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) awareness training for health care providers within the Military Health System ». *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2017;23(6):385-92.
294. Vance S.R., Deutsch M.B., Rosenthal S.M. et coll. « Enhancing pediatric trainees' and students' knowledge in providing care to transgender youth ». *J Adolesc Health.* 2017;60(4):425-30.
295. Reygan F.C., D'Alton P. « A pilot training programme for health and social care professionals providing oncological and palliative care to lesbian, gay and bisexual patients in Ireland ». *Psycho-Oncol.* 2013;22(5):1050-4.
296. Bristol S., Kostelec T., MacDonald R. « Improving Emergency Health Care Workers' Knowledge, Competency, and Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients Through Interdisciplinary Cultural Competency Training ». *J Emerg Nurs.* 2018;25:25.
297. Shipherd J.C., Kauth M.R., Firek A.F. et coll. « Interdisciplinary Transgender Veteran Care: Development of a Core Curriculum for VHA Providers ». *Transgend Health.* 2016;1(1):54-62.
298. Felsenstein D.R. « Enhancing Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Cultural Competence in a Midwestern Primary Care Clinic Setting ». *J Nurses Prof Dev.* 2018;34(3):142-50.
299. van der Elst E.M., Smith A.D., Gichuru E. et coll. « Men who have sex with men sensitivity training reduces homophobia and increases knowledge among Kenyan healthcare providers in coastal Kenya ». *J Int AIDS Soc.* 2013;16 Suppl 3:18754.
300. Tarasoff L.A., Epstein R., Green D.C. et coll. « Using interactive theatre to help fertility providers better understand sexual and gender minority patients ». *Med Humanit.* 2014;40(2):135-41.
301. Scheibe A.P., DUBY Z., Brown B. et coll. « Attitude shifts and knowledge gains: Evaluating men who have sex with men sensitisation training for healthcare workers in the Western Cape, South Africa ». *South Afr J HIV Med.* 2017;18(1).
302. Leyva V.L., Breshears E.M., Ringstad R. « Assessing the efficacy of LGBT cultural competency training for aging services providers in California's Central Valley ». *J Gerontol Soc Work.* 2014;57(2-4) : p. 335-48.
303. Hardacker C.T., Rubinstein B., Hotton A. et coll. « Adding silver to the rainbow: The development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum ». *J Nurs Manag.* 2014;22(2):257-66.
304. Du Mont J., Saad M., Kosa S.D., Kia H. et coll. « Providing trans-affirming care for sexual assault survivors: An evaluation of a novel curriculum for forensic nurses ». *Nurse Educ Today.* 2020;93.
305. Traister T. « Improving LGBTQ Cultural Competence of RNs Through Education ». *J Contin Educ Nurs.* 2020;51(8):359-66.

306. Dispenza F., Elston N.C., Huffstead M.E. et coll. « Rehabilitation counselor preparation to work with LGBTQ persons living with chronic illness/disability: A qualitative content analysis ». *J Rehabil Res Dev* 2017;31(1):27-39.
307. van der Elst E.M., Kombo B., Gichuru E. et coll. « The green shoots of a novel training programme: progress and identified key actions to providing services to MSM at Kenyan health facilities ». *J Int AIDS Soc.* 2015;18:20226.
308. van der Elst E.M., Gichuru E., Omar A. et coll. « Experiences of Kenyan healthcare workers providing services to men who have sex with men: qualitative findings from a sensitivity training programme ». *J Int AIDS Soc.* 2013;16 Suppl 3:18754.
309. Seay J., Hicks A., Markham M.J. et coll. « Web-based LGBT cultural competency training intervention for oncologists: Pilot study results ». *Cancer.* 2019.
310. Lelutiu-Weinberger C., Pachankis J.E. « Acceptability and preliminary efficacy of a lesbian, gay, bisexual, and transgender-affirmative mental health practice training in a highly stigmatizing national context ». *LGBT Health.* 2017;4(5):360-70.
311. White Hughto J.M., Clark K.A. « Designing a Transgender Health Training for Correctional Health Care Providers: A Feasibility Study ». *Prison J.* 2019;99(3):329-42.
312. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *Compétences pour l'admission à la profession d'infirmière autorisée.* Toronto (Ontario) : OIIO, 2018.
313. Harrison M., Graham I.D., Fervers B. « Adapting knowledge to local context ». Dans : Straus S.E., Tetroe J., Graham I.D. (éd.). *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice.* Chichester (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons; 2013. p. 110-20.
314. Grinspun, D., Wallace, K., Li, S.A., McNeill, S., & Squires. *Leading change through social movement. Registered Nurse Journal;* 2020, Spring.
315. Loi constitutionnelle de 1982 (Canada).
316. Université de la Colombie-Britannique. Centre for excellence in Indigenous health: faculty of medicine, UBC 23 24 *Indigenous cultural safety.* Vancouver, Canada, 2019.
317. BC Nurses Union (BCNU). *Position Statement: Gender Affirming Care.* Vancouver (C.-B.) : (BCNU, 2016)
318. Hines J.M. « Using an Anti-Oppressive Framework in Social Work Practice with Lesbians ». *J Gay Lesbian Soc Serv.* 2012;24:23-9.
319. Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE). *An Anti-Oppression Framework for Child Welfare in Ontario.* Toronto (Ontario) : AOSAE; 2010.
320. Rainbow Health Network (RHN). *Training for Change: An Integrated Anti-Oppression Framework.* Toronto (Ontario) : RHN; 2009.
321. Rey M., Grinspun D., Costantini L. et coll. « The anatomy of a rigorous best practice guideline development process ». Dans : Grinspun D., Bajnok I., éd. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation* Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018 : p. 31 à 68.

322. Planned Parenthood. *Sex and Gender Identity* (s.d.). Accessible sur la page Web : <https://www.plannedparenthood.org/learn/gender-identity/sex-gender-identity>
323. Lewin S., Glenton C., Munthe-Kaas H., Carlsen B., Colvin C.J., Gulmezoglu M. et coll. « Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual) ». *PLoS Med.* 2018;15(8):e1001895.
324. Hull K.E., Ortyl T.A. « Conventional and Cutting-Edge: Definitions of Family in LGBT Communities ». *Sexuality Research and Social Policy.* 2019;16(1):31-43.
325. Black K., Dobbs D. « Community-dwelling older adults' perceptions of dignity: core meanings, challenges, supports and opportunities ». *Ageing and Society.* 2013;34(8):1292-313.
326. Notarnicola I., Petrucci C., De Jesus Barbosa M., Giorgi F., Stievano A., Lancia L. Clinical competence in nursing: A concept analysis. *Professioni infermieristiche.* 2016;69(3):174-81.
327. Institut canadien de recherches sur les femmes. *Effets du colonialisme* [Internet] 2016 Accessible sur la page Web : <https://www.criaw-icref.ca/wp-content/uploads/2021/04/No.-3-Tenir-compte-des-femmes-de-la-re%CC%81gion-%E2%80%93-Effets-du-colonialisme.pdf>
328. The Human Rights Campaign. *Glossary of Terms* [Internet] [date inconnue] Accessible sur la page Web : <https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms>
329. Agence de la santé publique du Canada. *Communication* [Internet] 2015 Accessible sur la page Web : <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/ressources/public-health-competencies-information-tools/communication/>
330. Avella J.R. « Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges ». *International Journal of Doctoral Studies.* 2016(11):305-21.
331. 3 éd. : Oxford University Press; 2010 *Oxford English Dictionary* (3^e édition).
332. Koptie S. « Irihapeti Ramsden: The Public Narrative on Cultural Safety ». *First Peoples Family & Child Review.* 2009;4(2):30-43.
333. National Aboriginal Health Organization. *Fact sheet: Cultural Safety. National Aboriginal Health Organization;* 2006.
334. Dijkers M. « Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development ». *KT Update.* 2013;1(5):1-9.
335. Monteagudo Pena J., Moreno Gil O. *e-Health for patient empowerment in Europe.* Madrid (Espagne) : Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
336. Zimmerman M. « Empowerment Theory ». Dans : Rappaport J., Seidman E., éditeurs. *Handbook of Community Psychology*, Springer, États-Unis; 2012.
337. Stevens K. « The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas » *Online J Issues Nurs.* 2013;18(2):Manuscript 4.
338. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *LPSR :: champ d'application et actes autorisés* Toronto (Ontario) : OIIO, 2018.
339. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *La collaboration avec les prestataires de soins non réglementés.* OIIO; 2013. Accessible sur la page Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51014_workingucp.pdf

340. Eccles M.P., Mittman, B.S. « Welcome to Implementation Science » . *Implementation Sci.* 2016; 1 (1).
341. Nations Unies. Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones : Qui sont les peuples autochtones ? [date inconnue] Accessible sur la page Web : https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_pressrelease2_fr.doc
342. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels: optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* Toronto (Ontario) : AIIAO; 2013.
343. Collins P.H., Bilge S. *Intersectionality*. John Wiley & Sons; 2016.
344. The Cochrane Collaboration. Glossary [Internet] [lieu inconnu] : The Cochrane Collaboration; 2020 Accessible sur la page Web : <https://community.cochrane.org/glossary>
345. Conseil canadien pour les réfugiés. *Réfugiés et immigrants : Un glossaire*.u 2010 [Accessible sur la page Web : [Réfugiés et immigrants : un glossaire](#)]
346. Austin Z., Sutton J. « Qualitative research: getting started ». *Can J Hosp Pharm.* 2014;67(6):436-40.
347. Merriam-Webster. Pathologize. Dans le dictionnaire Merriam-Webster.com. (n.d.). Accessible sur la page Web : <https://www.merriam-webster.com/dictionary/pathologize>
348. Rockers P.C., Rottingen J.A., Shemilt I., Tugwell P., Barnighausen T. *Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research Health Policy.* 2015;119(4):511-21.
349. Organisation mondiale de la santé. Screening [Internet] [date inconnue] Accessible sur la page Web : <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/>
350. Institute of Medicine. *Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality*. Washington, DC : National Academy Press; 2003.
351. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Déterminants sociaux de la santé Toronto (Ont.) : AIIAO; 2013
352. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Social movement in the context of knowledge uptake and sustainability definition*. Toronto (Ontario) : AIIAO; 2020 (travaux non publiés).
353. Baker C., Ogden S.J., Prapaipanich W. et coll. « Hospital consolidation: applying stakeholder analysis to merger life-cycle ». *J Nurs Adm.* 1999;29(3):11-20.
354. Agence de la santé publique du Canada (ASPC) *Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2018.
355. Association canadienne pour la santé mentale de l'Ontario. *Stigma and discrimination* [Internet] 2020 Accessible sur la page Web : <https://ontario.cmha.ca/documents/stigma-and-discrimination/>
356. Santé Canada. « Certaines circonstances » *Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2001.
357. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Mission and values* [Internet] [date inconnue] Accessible sur la page Web : <https://rnao.ca/about/mission>

358. The Cochrane Collaboration. *RoB 2: A revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials* [Internet] 2020 Accessible sur la page Web : <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>
359. Sterne J., Hernán M., Reeves B. et coll. « ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions ». *BMJ*. 2016;355 : i4919.
360. Whiting P., Savovic J., Higgins J.P.T. et coll. « ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed ». *J Clin Epidemiol*. 2016;69:225-34.
361. Critical Appraisal Skills Programme. *CASP checklists* [Internet] 2018 Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
362. Guyatt G., Oxman A., Kunz R., et coll. « Going from evidence to recommendations ». *BMJ*. 2008;336(7652):1049-51.
363. Balshem H., Helfand M., Schünemann H.J. et coll. « GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence ». *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401-6.
364. Welch V.A., Akl E.A., Guyatt G.H. et coll. « GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale ». *J Clin Epidemiol*. 2017;90:59-67.
365. Sobel A. *Pride: The complete guide to queer pride flags* [Internet] [date inconnue] Accessible sur la page Web : <https://www.pride.com/pride/2018/6/13/complete-guide-queer-pride-flags-0#media-gallery-media-3>
366. Université de Toronto. *Positive space* [Internet] [date inconnue] Accessible sur la page Web : <https://positivespace.utoronto.ca/resourcesposters/posters/>
367. Graham I.D., Logan J., Harrison M.B. et coll. « Lost in knowledge translation: Time for a map? » *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13-24.
368. Walker L.O., Avant K.C. *Strategies for theory construction in nursing* (Vol. 6). Upper Saddle River (New Jersey) : Pearson/Prentice Hall; 2019.
369. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition* [Internet] Toronto (Ontario) : AIIAO; 2012.
370. Toomey R.B., Russell S.T. « Gay-straight alliances, social justice involvement, and school victimization of lesbian, gay, bisexual, and queer youth: Implications for school well-being and plans to vote ». *Youth & Society*. Déc. 2013;45(4):500-22.
371. Toomey R.B., McGuire J.K., Russell S.T. « Heteronormativity, school climates, and perceived safety for gender nonconforming peers ». *Journal of adolescence*. 1er février 2012;35(1) : p. 187 à 53.

Annexe A : Glossaire

Affirmation/affirmatif : l'affirmation fait référence à un processus interpersonnel et interactif par lequel une personne reçoit une reconnaissance sociale et un soutien pour son identité sexuelle et de genre et son expression de genre (adapté de [272]). Les soins ou les pratiques affirmatifs sont des processus par lesquels un système de soins de santé prend soin d'une personne et la soutient, tout en reconnaissant son orientation sexuelle, son identité de genre et son expression de genre (adapté de [(317)]).

Alliance genre-sexualité (AGS) : les alliances genre-sexualité (ASG) sont des clubs scolaires au sein desquels les élèves peuvent parler et s'informer sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Elles sont structurées comme tout autre groupe scolaire, avec une conseillère ou un conseiller pédagogique et des réunions régulières. Tout le monde est le bienvenu : les élèves bispirituels, lesbiennes, gais, bisexuels, trans, queers et les personnes en questionnement sur leur identité sexuelle, ainsi que les élèves hétérosexuels, les élèves avec des familles comptant un membre de la communauté LGBTQI2+ et ceux qui n'ont pas ou n'ont pas besoin d'une étiquette pour leur orientation sexuelle ou leur identité de genre (149). Une alliance genre-sexualité est un nom plus inclusif que le terme « alliance gai-hétéro » qui peut également être utilisé.

Allié : une personne qui s'efforce de mettre fin aux systèmes d'oppression qui lui confèrent un ou plusieurs privilèges par rapport aux autres sur la base de caractéristiques arbitraires telles que l'appartenance à la race ou à l'identité sexuelle dominante. Les alliés écoutent par les communautés et les individus touchés par l'oppression et sont guidés par eux. Les formes d'oppression comprennent la discrimination fondée sur la capacité physique, l'âge, l'audisme, la classe sociale, la biphobie, l'homophobie, la transphobie, le racisme, le sexisme et autres (adapté de [9]).

Anti-oppression : l'optique à travers laquelle on comprend comment les questions institutionnelles, sociales, culturelles et économiques influencent les possibilités pour les personnes de se développer pleinement et peuvent entraîner des inégalités systémiques dans des groupes particuliers (318, 319). L'anti-oppression peut englober de nombreuses approches du travail de lutte contre les inégalités qui sont construites au sein des sociétés (320).

Apprentissage expérientiel : stratégie de formation où les apprenants participent à une expérience directe et à une réflexion ciblée afin d'accroître les connaissances, de développer les compétences, de clarifier les valeurs et de développer leur capacité à contribuer à leurs communautés (274).

Approche à multiples composantes : une intervention qui utilise plus d'une stratégie ou d'un volet.

Dans les lieux plus sécurisés, une approche à multiples composantes comprend au moins deux des stratégies suivantes : politique de lutte contre la discrimination, représentation diversifiée du personnel, formulaires d'admission inclusifs, événements LGBTQI2+, orientation vers un soutien et documents écrits et panneaux.

Approche fondée sur l'autonomisation : l'autonomisation des clients repose sur le principe que les gens ont le droit de faire leurs propres choix et de prendre des décisions concernant leur propre santé. L'autonomisation peut être un mécanisme important dans la réalisation d'interventions cliniques de groupe. Une approche fondée sur l'autonomisation comprend six composantes majeures :

1. Communication : permettre aux clients d'accéder aux informations, aux ressources et aux conseils en matière de santé;
2. Enseignement aux patients et instruction en matière de santé : veiller à ce que les clients reçoivent les informations essentielles en matière de santé dont ils peuvent avoir besoin;
3. Information : l'accès aux informations de santé personnelles favorise le contrôle du patient sur la gestion de sa santé;
4. Auto-soin : facilitation l'autogestion du client;
5. Prise de décision;: préparation des clients à prendre des décisions éclairées en déterminant les problèmes, les options disponibles et les éventuelles conséquences de celles-ci;
6. Contact avec d'autres personnes : les personnes peuvent éprouver un sentiment précieux de lien social avec d'autres clients dans le cadre d'une intervention de groupe (335).

Asexuel : Une personne qui éprouve peu ou pas d'attirance sexuelle pour les personnes de tout sexe (9).

Autochtone :

- 1) Introduit et utilisé dans un contexte mondial suite aux efforts internationaux des peuples autochtones dans le cadre de l'obtention d'une plus grande présence aux Nations Unies (ONU). De manière générale, l'ONU définit les Autochtones comme des peuples établis de longue date et liés à des terres spécifiques, qui pratiquent des traditions uniques et conservent des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et politiques distinctes de celles des sociétés dominantes dans lesquelles ils résident (341). Une compréhension moderne du terme autochtone par l'ONU comprend : l'auto-identification au niveau individuel et l'acceptation par la communauté en tant que membre, la continuité historique avec les sociétés précoloniales ou pré-coloniales, des liens étroits avec les territoires et les ressources naturelles environnantes, des systèmes sociaux, économiques ou politiques distincts, une langue, une culture et des croyances distinctes. Les peuples autochtones forment des groupes non dominants de la société et sont déterminés à maintenir et à reproduire leurs environnements et systèmes ancestraux en tant que peuples et communautés distincts (341).
- 2) Terme utilisé pour décrire les premiers peuples ou habitants de ce qui est aujourd'hui le Canada, et comprend les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi que leurs descendants. Ce sont des groupes séparés et distincts, chacun ayant un patrimoine, une langue, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques et diversifiées (315). L'expression est devenue populaire à la suite de l'inclusion de cette définition dans la *Constitution du Canada* (1982) (316). « Aborigènes » est fréquemment utilisé dans le cadre de l'identification des premiers peuples d'Australie (316).

Autogestion : tâches que les personnes doivent effectuer pour bien vivre avec une ou plusieurs affections chroniques. Une de ces tâches consiste à se doter de l'assurance nécessaire pour la prise en charge médicale, la prise en charge des rôles et la prise en charge émotionnelle de ses affections. Dans les présentes LDPE, l'autogestion comprend également des aspects d'autosoins, tels que les tâches que les gens accomplissent pour maintenir leur santé physique et leur bien-être.

Axés sur la personne : une approche de soins où la personne est considérée comme un tout. Le processus qui permet de bien connaître la personne est encouragé par la formation d'une relation thérapeutique entre la personne, ses proches et les fournisseurs de soins de santé. Cette approche de soins comporte la défense des intérêts, l'autonomisation, le respect mutuel et le fait de comprendre que la personne a le droit d'être autonome, de s'autodéterminer et de participer librement et activement aux décisions concernant sa santé (maladie et bien-être) (110).

Bigenre : une personne dont l'identité sexuelle combine deux genres (6).

Bisexuel : une personne qui est attirée par plus d'un genre (9).

Bispirituel : désigne une personne qui s'identifie comme ayant un esprit à la fois masculin et féminin et est utilisé par certains peuples autochtones pour décrire leur identité sexuelle, de genre et/ou spirituelle (11). Fait référence à un rôle de genre considéré comme commun à la plupart, sinon à tous les peuples autochtones de l'Île de la Tortue (Amérique du Nord), un rôle qui avait une place appropriée et acceptée au sein des sociétés autochtones. Ce rôle de genre n'était pas basé sur des activités ou des pratiques sexuelles, mais plutôt sur le caractère sacré qui découle de la différence (10). Plusieurs définitions et compréhensions propres à chaque nation existent (par exemple, navajo, crie, dénée, ojibwée), et chaque personne a sa propre façon d'exprimer sa bispiritualité. De plus, tous les Autochtones ne s'identifient pas comme bispirituels et ont d'autres moyens et mots d'expression leur identité et leur orientation sexuelles (12).

Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes : tableau qui permet aux comités d'experts de prendre des décisions lorsqu'ils doivent formuler des recommandations après avoir évalué les données probantes. L'objectif d'un cadre pour une prise de décision éclairée fondée sur les données probantes est de faire une synthèse des données de recherche, de mettre en évidence les facteurs importants qui peuvent influencer la recommandation, d'informer les membres du comité d'experts des avantages et des inconvénients de chaque intervention prise en compte et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (16).

CERQual : le CERQual (« Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research », ou degré de confiance dans les données recueillies lors de l'examen des études qualitatives) est une approche méthodologique servant à évaluer le degré de confiance que l'on peut accorder aux constatations découlant d'un ensemble de données qualitatives sur un résultat recherché. Cette méthode d'évaluation permet de déterminer en toute transparence si les études retenues lors de la revue systématique de la littérature reflètent assez fidèlement le phénomène étudié, ce qui peut faciliter la tâche des groupes d'experts des lignes directrices chargés de formuler des recommandations en matière de santé (323).

Cisgenre : les personnes dont l'identité sexuelle correspond au sexe qui leur a été assigné à la naissance (6).

Cisnormativité : la cisnormativité fait référence à l'hypothèse selon laquelle toutes les personnes sont cisgenres. Le terme cisnormativité est utilisé pour décrire les préjugés systémiques à l'encontre des personnes trans et non binaires. Cette forme de préjugé systémique peut ne pas être reconnu par les personnes ou les organisations concernées (adapté de [9]).

Colon : un colon au Canada signifie que vous ou vos ancêtres n'êtes pas Autochtones et que vous êtes entré au Canada dans le but de vous installer ou d'habiter de façon permanente au Canada sur des terres qui étaient auparavant habitées par des Autochtones.

Colonisation/Colonialisme : les colons européens se sont emparés des terres et territoires traditionnels de plusieurs Premières Nations afin de s'y installer et faire du commerce, ou pour des raisons militaires et d'extraction de ressources naturelles sur des terres aujourd'hui connues sous le nom de Canada (327). Le gouvernement du Canada a alors forcé la relocalisation de plusieurs communautés autochtones et la signature de traités, en plus de créer une législation fédérale appelée *Loi sur les Indiens* qui a eu un impact catastrophique et continu sur la spécificité culturelle, sociale et politique des peuples autochtones (327).

Compétence clinique : un ensemble de compétences, de connaissances, d'attitudes et de capacités que chaque professionnelle ou professionnel de la santé doit posséder pour accomplir de manière acceptable les tâches directement liées aux soins, dans un contexte clinique spécifique et dans des circonstances données, en matière de promotion, de maintien et de rétablissement de la santé des personnes (adapté de [326]).

Confort : il s'agit du sentiment qu'une personne éprouve à l'égard de ses fournisseurs de soins de santé. Dans la littérature, le confort avec les professionnel de santé comprend la fiabilité, la communication et les sentiments d'ouverture et de rapport.

Consensus : processus utilisé par un groupe pour que ses membres puissent parvenir à un accord dans le cadre de la méthode Delphi ou de la méthode Derphi modifiée (330). Un consensus de 70 % des membres du comité d'experts était requis afin de déterminer la force des recommandations des présentes lignes directrices.

Critères du CERQual : l'évaluation du degré de fiabilité des données de chaque étude donnée au moyen de la méthode CERQual tient compte de quatre éléments :

1. Les limites méthodologiques, qui portent sur les questions relatives au plan de l'étude primaire ou sur les problèmes liés à la manière dont elle est menée;
2. La pertinence, qui consiste à évaluer chaque étude primaire venant à l'appui d'une constatation et à décider de son applicabilité à la population, au phénomène étudié et au contexte visés par la question de recherche;
3. La cohérence, qui consiste à évaluer si les études primaires fournissent des données suffisantes et une explication convaincante des constatations recueillies lors de l'examen;
4. Le caractère adéquat des données, qui consiste en une évaluation globale de la richesse et de la quantité des données qui étaient les constatations recueillies lors de la revue ainsi que le phénomène étudié (323).

De genre queer : personnes qui ne suivent pas les stéréotypes de genre basés sur le sexe qui leur a été assigné à la naissance. Elles peuvent s'identifier et s'exprimer comme des « hommes féminins » ou des « femmes masculines » ou comme des androgynes, en dehors des catégories « garçon/homme » et « fille/femme ». Les personnes non binaires peuvent ou non s'identifier comme trans. Les personnes qui s'identifient de genre queer peuvent également utiliser le terme « non binaire » pour décrire leur identité (9).

Déclassement : dans les approches GRADE et GRADE-CERQual, lorsque les limites des différentes études biaisent éventuellement les résultats, la certitude des données probantes diminue (334). À titre d'exemple, un ensemble de données probantes quantitatives pour un résultat priorisé peut être considéré au départ comme ayant un degré de certitude élevé, puis être déclassé d'un ou deux degrés à cause de limitations importantes au regard d'un ou de plusieurs des cinq critères de classement (334).

Dépistage : le dépistage est défini comme l'identification présomptive d'une maladie non reconnue dans une population apparemment saine et asymptomatique au moyen de tests, d'examen ou d'autres procédures qui peuvent être appliqués rapidement et facilement à la population cible (349).

Déterminants sociaux de la santé : les déterminants sociaux sont les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour prendre en charge les maladies. Ces circonstances sont façonnées par un ensemble plus large de conditions et de forces politiques, économiques, sociales, culturelles et environnementales (351).

Écoles : désigne toute école élémentaire, intermédiaire ou secondaire, qu'elle soit publique ou privée, laïque ou non.

En questionnement : période pendant laquelle une personne explore son identité, son orientation et/ou son genre sexuels propres (9).

Énoncé de pratique exemplaire : il s'adresse principalement aux infirmières et aux membres des équipes interprofessionnelles qui offrent des soins aux personnes et à leurs proches dans tous les contextes de soins, comme les soins primaires, les soins de courte durée, les soins à domicile et les soins de longue durée. Il s'agit d'une pratique déjà reconnue comme étant avantageux ou recommandée. Les énoncés de pratiques exemplaires des présentes LDPE sont réputés être si avantageux qu'il serait peu judicieux de procéder à une revue systématique pour prouver leur efficacité. Ces énoncés ne sont pas fondés sur une revue systématique et n'ont pas évalué la certitude ou la fiabilité de données probantes ou leur force (recommandation conditionnelle ou forte) (13).

Équipe interprofessionnelle : équipe réunissant plusieurs fournisseurs de soins de santé (agréés et non-agréés) qui collaborent afin d'assurer l'offre de soins et de services complets de qualité, à des personnes à l'intérieur des établissements de soins (342). Il faut souligner que les personnes LGBTQI2+ et leurs familles choisies sont au centre en tant que des membres actives de l'équipe.

Espace sûr : un espace sûr ou un espace positif fait référence à une organisation de services de santé qui est ouverte et accueillante, et où les services sont accessibles et équitables pour les personnes de toutes les identités et orientations sexuelles qui sont patients ou employées de l'organisation (126). Un espace sûr et positif peut également faire référence à une organisation de services de santé où tous les prestataires de services sont formés pour comprendre les questions relatives à la diversité sexuelle et de genre et connaissent les droits de la personne et les ressources communautaires LGBTQI2+ (126).

Un espace sûr dans les écoles est un espace dans lequel chacun (élèves, personnel et parents) se sent bienvenu, en sécurité et respecté.

Essai clinique randomisé (ECR) : expérience au cours de laquelle un investigateur administre une ou plusieurs interventions à des participants qui ont été répartis de façon aléatoire dans un groupe expérimental (où ils se voient administrer l'intervention à l'étude), dans un groupe de référence (où ils se voient administrer un traitement traditionnel) ou dans un groupe témoin (aucune intervention ou administration de placebo) (344).

Étude quasi expérimentale : une étude qui vise à déterminer les causes d'un phénomène étudié en l'observant, mais dans laquelle les expériences ne sont pas directement contrôlées par le chercheur et ne sont pas randomisées (150). Ces études sont basées sur l'observation (par exemple, les modèles avant et après) (348).

Expression de genre : l'expression sexuelle est la façon dont une personne présente publiquement son sexe. Cette expression peut inclure le comportement et l'apparence extérieure, comme la tenue vestimentaire, la coiffure, le maquillage, le langage corporel et la voix. Le nom et le pronom choisis par une personne sont également des moyens courants d'exprimer le genre (7).

Femme trans : le terme « femme trans » désigne les personnes qui ont été assignées à l'homme à la naissance, et dont le genre est féminin et/ou qui s'expriment de manière féminine.

Formation continue : formation offerte aux adultes après qu'ils aient quitté le système de formation formelle, consistant généralement en des cours de courte durée ou à temps partiel (331). Aux fins des présentes LDPE, la formation continue comprend le perfectionnement professionnel continu.

Genre fluide : certaines personnes utilisent le terme « genre fluide » pour décrire leur identité sexuelle. Une personne au genre fluide peut se décrire au moyen de l'un ou l'autre des termes le long du spectre du genre (8). Cette fluidité peut également se produire sur des périodes de temps plus ou moins longues, comme des mois ou des années. La fluidité du genre peut également inclure l'ode genre sexuelle.

GRADE : classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation, ou GRADE) est une approche méthodologique qui évalue la certitude de l'ensemble des données probantes d'une manière consistante et transparente et d'élaborer les recommandations de manière systématique. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants et/ou critiques est évalué en fonction du risque de partialité, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations, de la partialité de publication, de l'incidence de l'effet, de la relation dose-réponse et de l'effet des variables confusionnelles sur l'estimation (16).

L'évaluation de la certitude d'une preuve appuyant un résultat repose sur les cinq éléments du système GRADE. Ces éléments sont les suivants :

1. Le risque de biais, qui concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement;
2. L'incohérence d'un ensemble de données, selon qu'elles pointent dans la même direction ou qu'elles diffèrent d'une étude à l'autre;
3. L'imprécision, qui fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants et/ou d'événements examinés et à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données;
4. L'évaluation de l'applicabilité des résultats d'une étude primaire afin de déterminer la mesure dans laquelle celles-ci peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux résultats énoncés dans la question de recherche;
5. La partialité de publication, que l'on détermine en évaluant si l'ensemble des études relatives à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement significatives (16).

Handicap : le terme « handicap » est un terme générique qui recouvre les déficiences physiques et intellectuelles, les limites d'activité et les restrictions de participation. Une *déficience* est un problème de fonction ou de structure corporelle; une *limite d'activité* est une difficulté rencontrée par un individu dans l'exécution d'une tâche ou d'une action; tandis qu'une *restriction de participation* est un problème rencontré par un individu dans son implication dans les situations de la vie (adapté de [3]). D'après l'OMS, le handicap résulte de l'interaction entre des personnes atteintes d'un problème de santé (par exemple, l'infirmité motrice cérébrale, le syndrome de Down et la dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (y compris, par exemple, des attitudes négatives, des transports et des bâtiments publics inaccessibles, ainsi qu'un soutien social limité) (4).

HARSAH : les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Hétéronormativité : fait référence à l'hypothèse selon laquelle toutes les personnes sont hétérosexuelles. Le terme hétérosexisme est utilisé afin de décrire les préjugés à l'encontre des personnes qui ne sont pas hétérosexuelles et qui sont moins manifestes ou directs et plus répandus ou systémiques dans la société, les organisations et les institutions. Cette forme de préjugé systémique peut même être involontaire et non reconnue par les personnes ou les organisations concernées (adapté de [9]).

Homme trans : homme trans est un terme qui fait référence aux personnes qui ont été assignées de sexe féminin à la naissance, et dont le genre est masculin et/ou qui s'expriment de manière masculine.

Homosexuel : une personne qui est attirée par des personnes du même sexe (9).

Identité de genre : l'identité de genre est l'expérience interne et individuelle que chaque personne fait de son genre. Elle est leur sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou quelque part dans le spectre du genre. L'identité sexuelle d'une personne peut être identique ou différente du sexe qui lui a été attribué à la naissance. L'identité de genre est fondamentalement différente de l'orientation sexuelle d'une personne (7).

Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) : le terme « infection transmissible sexuellement et par le sang » (ITSS) décrit une infection qui est soit transmise sexuellement, soit transmise par le sang. Elle comprend notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite B (VHB) et C (VHC), la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le virus du papillome humain (VPH) (354).

Infirmière/infirmier : [Traduction] « Englobent (sic) les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées (les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés en Ontario), les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées » (338).

Intersectionnalité : [Traduction] « une façon de comprendre et d'analyser la complexité du monde, des gens et des expériences humaines. Les événements et les conditions de la vie sociale et politique, ainsi que le moi, peuvent rarement être compris comme étant façonnés par un seul facteur. Ils sont généralement façonnés par plusieurs facteurs de manière diverse et s'influencent mutuellement. En ce qui concerne l'inégalité sociale, la vie des gens et l'organisation du pouvoir dans une société donnée sont mieux comprises comme étant façonnées non pas par un seul axe de division sociale, qu'il soit la race, du sexe ou de la classe, mais par de nombreux axes qui fonctionnent ensemble et s'influencent mutuellement. L'intersectionnalité en tant qu'outil analytique donne aux gens un meilleur accès à la complexité du monde et d'eux-mêmes » (343).

Intersexué : une personne née avec des caractéristiques sexuelles (chromosomes, gonades, hormones sexuelles ou organes génitaux) qui ne correspondent pas aux définitions médicales typiques du corps masculin ou féminin (9).

Intervenant : personne, groupe ou organisme qui sont particulièrement intéressés dans les décisions et les activités des organismes et qui pourraient tenter d'influencer les décisions et les actions de ceux-ci (353). Les intervenants comprennent des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou la solution apportée à un problème.

Interventions cliniques de groupe : les interventions de groupe se concentrent spécifiquement sur la prise en charge des affections (par exemple, le diabète, l'anxiété) ou des facteurs de risque comportementaux pour la prévention et/ou la prise en charge des maladies chroniques (par exemple, la cessation du tabagisme, la perte de poids). Les interventions cliniques de groupe sont offertes par une professionnelle ou un professionnel de la santé et dans divers cadres (y compris virtuels).

Interventions de groupe : les lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sur le changement de comportement établit une distinction entre les interventions au niveau de l'individu, de la communauté et de la population (217). Les groupes sont inclus dans la vaste catégorie des interventions communautaires, définies comme des groupes sociaux ou familiaux liés par des réseaux, une situation géographique ou un autre facteur commun. Les interventions de groupe peuvent inclure des groupes de soutien, mais aussi des interventions de groupe complexes telles que la formation aux techniques d'adaptation ou le conseil (217).

La famille choisie : les membres de la famille choisie sont sélectionnés ou choisis par une personne, et les personnes « choisies » n'ont pas de lien biologique avec elle. Les familles choisies ne remplacent pas nécessairement les familles biologiques. Les personnes qui s'identifient comme LGBTQI2+ peuvent valoriser et favoriser les relations d'amitiés choisies devant leur parenté biologique. Ce phénomène se produit en cas de soutien et d'acceptation inadéquats de la part des familles biologiques, ce qui amène les personnes à se tourner vers des amies et amis qui leur apportent ce soutien. Ces amies et amis peuvent ou non s'identifier comme LGBTQI2+ (324). L'importance critique et le rôle essentiel de la famille choisie sont renforcés chez les personnes âgées LGBTQ (28, 325).

Langage binaire : le langage binaire est un langage qui découle d'un système social binaire selon lequel les gens sont considérés comme ayant l'un ou l'autre des deux genres : « homme » ou « femme ». Dans le système binaire des genres, il n'y a pas de place pour vivre entre les genres ni pour transcender le binaire des genres. Le système binaire des genres est rigide et restrictif pour plusieurs personnes dont le sexe attribué à la naissance ne correspond pas à leur identité de genre ou dont le genre est fluide et non fixe (9).

Lesbienne : une femme qui est attirée par les femmes (9).

LGBTQI2+ : un sigle désignant les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers et intersexuées. Le + est destiné à inclure d'autres personnes qui disent appartenir à une minorité sexuelle ou de genre notamment les asexuels, les non-binaires, les pansexuels et les personnes en questionnement sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) : les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes d'expériences cliniques qui comprennent des recommandations pour les infirmières et les membres de l'équipe interprofessionnelle, les formateurs, les dirigeants et les décideurs, les personnes leur famille et des sujets cliniques précis visant la création d'un environnement de travail sain. Les LDPE favorisent la cohérence et l'excellence dans les soins cliniques, les politiques de santé et la formation en santé afin d'optimiser les résultats pour les personnes, les communautés et le système de santé (321).

Méta-analyse : revue systématique de la littérature qui utilise des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études examinées (344).

Voir revue systématique.

Migrant : une personne qui se trouve hors de son pays d'origine. Ce terme est parfois utilisé pour parler de toute personne se trouvant hors de son pays de naissance, y compris des personnes qui sont citoyens canadiens depuis des décennies. Plus souvent, il est utilisé pour les personnes en déplacement ou les personnes ayant un statut temporaire ou pas de statut du tout dans le pays où elles vivent (345).

Mouvement social dans le contexte de l'assimilation des connaissances et de la durabilité : personnes, groupes et/ou organisations qui, en tant qu'agents de changement volontaires et intrinsèquement motivés, se mobilisent pour transformer les résultats en matière de santé (352).

M^x : un titre non sexiste accepté. Ce titre a été conçu comme une alternative aux titres plus courants tels que M. ou M^{me}. Il peut être utilisé par les personnes non binaires et celles qui souhaitent ne pas indiquer de genre dans leur titre.

Noirs, Autochtones et personnes de couleur (Black, Indigenous and People of Colour, ou BIPOC) : le sigle BIPOC (« Black, Indigenous and People of Colour », ou Noirs, Autochtones et personnes de couleur) est utilisé dans ces lignes directrices car il reconnaît les expériences uniques de racisme historique et systémique auxquelles font face les BIPOC (2).

Non-binaire : un terme générique pour les identités de genre qui se situent en dehors du binaire homme-femme (9).

Opérations liées à la transition (OLT) : les OLT désignent les procédures qui modifient les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires d'une personne afin de mieux aligner son corps physique sur son identité sexuelle (81). Ces chirurgies sont parfois aussi appelées « opération de réassignation sexuelle » ou « opération de confirmation du genre ». Le terme « opération de réassignation sexuelle » (ORS) est dépassé et n'est plus utilisé.

Orientation sexuelle : l'attraction physique, romantique, émotionnelle et/ou spirituelle d'une personne pour d'autres personnes. L'orientation peut être lesbienne, homosexuel, hétérosexuelle, bisexuelle, pansexuelle ou asexuelle. L'orientation sexuelle est distincte du sexe, de l'identité de genre et de l'expression de genre. Il faut s'abstenir de déterminer quelle est l'orientation sexuelle d'une personne en se basant sur le sexe perçu du ou des partenaires de cette personne (6). L'orientation sexuelle d'une personne est changeant et peut évoluer avec le temps.

Pansexuel : une personne qui est attirée par d'autres personnes indépendamment de son identité sexuelle (adapté de [9]).

Pathologiser : considérer ou caractériser comme médicalement ou psychologiquement anormal (346). La pathologisation consiste à considérer les membres de la communauté LGBTQI2+ comme malades en raison de leur orientation, de leur identité ou de leur expression sexuelle, et c'est l'une des causes fondamentales des violations des droits de la personne auxquelles sont confrontées les membres de la communauté LGBTQI2+ (48).

Personnes mal desservies : les populations mal desservies peuvent comprendre les autochtones, les personnes qui ne parlent aucune des deux langues officielles du Canada, les personnes ayant une autre orientation sexuelle, les immigrants, les réfugiés, les populations diversifiées sur le plan ethnique ou racial, les personnes handicapées, les sans-abri, les travailleurs du sexe et les personnes à faible revenu. Le terme « mal desservi » signifie qu'il y a une probabilité accrue que les individus qui appartiennent à une certaine population (et les gens peuvent appartenir à plus d'une population) aient des difficultés à obtenir les soins nécessaires, reçoivent moins de soins ou une norme de soins inférieure, soient traités différemment par les professionnels de santé, reçoivent un traitement qui ne répond pas adéquatement à leurs besoins, ou qu'ils soient moins satisfaits des services de santé que la population générale (356).

Pratique infirmière fondée sur les données probantes cliniques : l'intégration des données probantes de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients. Elle intègre les données probantes de recherche à l'expertise clinique et encourage la prise en compte des préférences des patients (337).

Professionnel de la santé : les professionnels de la santé sont des travailleurs qui font partie de l'équipe interprofessionnelle et comprennent à la fois ceux qui sont agréés (par exemple, le personnel infirmier et médical, les diététiciennes et diététiciens ainsi que les travailleuses et travailleurs sociaux) et ceux qui sont non agréés (par exemple, les travailleuses et travailleurs de soutien personnel et le personnel de bureau ou administratif).

Professionnel de santé agréé : en Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé agréées* (LPSR) offre un cadre qui régit 23 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession que chaque professionnel agréé est autorisé à exécuter dans le domaine des soins et des services de santé (338).

Professionnel de la santé non-agréé : les professionnels de santé non-agréés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à un organisme de réglementation professionnelle externe (p. ex., l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les professionnels de la santé non agréés jouent divers rôles et exécutent une multitude de tâches, qui sont déterminés par leur employeur et leur milieu d'emploi. Les fournisseurs de soins de santé non agréés ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, uniquement si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (339).

Queer : terme générique utilisé et revendiqué par certaines personnes dont les orientations sexuelles et/ou les identités de genre ne correspondent pas aux normes cisgenres/hétérosexuelles (9).

Note du comité d'experts : ce terme a été historiquement utilisé comme un terme péjoratif et doit être utilisé avec prudence et uniquement pour ceux qui utilisent ce terme eux-mêmes et ont demandé aux autres de l'utiliser.

Question de recherche sur la PICR : un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

1. Le patient ou la population qui fait l'objet de l'étude;
2. L'intervention à examiner;
3. L'intervention de rechange ou de comparaison;
4. Les résultats qui présentent un intérêt (16).

Question relative à la recommandation : un domaine de recherche prioritaire (portant sur la pratique, l'élaboration de politiques ou la formation) cerné par les membres du comité d'experts et nécessitant un examen de données probantes. Une question de recommandation peut également servir à clarifier un sujet qui prête à ambiguïté ou à controverse. Une question relative à la recommandation est à la base de la question de recherche, qui à son tour guide la revue systématique de la littérature.

Recherche qualitative : approche de la recherche qui consiste à montrer comment le contexte social permet d'expliquer le comportement des personnes et leurs expériences et à utiliser une démarche interactive et subjective pour étudier les phénomènes et les décrire (347).

Recommandation : une intervention qui répond directement à une question de recommandation (également connue sous le nom de questions de recherche PICR). Une recommandation est fondée sur une revue systématique de la littérature autour d'une question. Elle est formulée en tenant compte des avantages et inconvénients potentiels, des valeurs et des préférences des personnes, ainsi que de l'impact sur l'équité dans l'accès aux soins. Pour chacune des recommandations, le comité d'experts décide par consensus si elle est forte ou conditionnelle. Il faut souligner que les recommandations ne doivent pas être considérées comme contraignantes, car elles ne peuvent tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (16).

Réconciliation : elle est un processus continu au cours duquel les Canadiens non autochtones doivent reconnaître les événements néfastes du passé et les effets dévastateur qu'ils ont eu et continuent d'avoir sur les peuples autochtones du Canada. Pour que la réconciliation ait lieu, il faut une prise de conscience du passé, la reconnaissance du mal qui a été infligé, l'expiation de la cause et un engagement à agir et à changer de comportement. Ce processus implique l'établissement et le maintien de relations mutuellement courtoises avec les peuples autochtones à l'avenir (86).

Réflexion : la réflexion est définie comme une activité humaine importante au cours de laquelle les gens se souviennent de leur expérience, y réfléchissent, la remettent en question et l'évaluent. Ce travail fondé sur l'expérience est important dans l'apprentissage (273).

Réfugié : les personnes qui sont contraintes de quitter leur pays d'origine en raison de graves violations des droits de la personne. Le droit d'asile contre les persécutions est un droit de la personne international. Elle est garantie par la Convention des Nations unies de 1951 relative au statut des réfugiés (la « Convention sur les réfugiés »). Selon cette convention, un réfugié est une personne qui se trouve hors de son pays d'origine et qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques. La Convention énonce également les principales responsabilités des États à l'égard des réfugiés, dont l'obligation de ne pas renvoyer les réfugiés dans le pays où ils sont persécutés. (C'est ce que l'on appelle le principe de « non-refoulement ») (345).

Représentation diversifiée : diversité de culture, de race, de classe, d'orientation sexuelle et de sexe parmi les fournisseurs de soins de santé et les personnes accédant aux services de santé.

Résultat de substitution : un résultat de substitution est une mesure qui remplace la mesure originellement choisie. On les envisage lorsque les données probantes sur les résultats souhaités sont insuffisantes ou peu explorées (16).

Résultats : une variable dépendante, ou bien l'état clinique et/ou fonctionnel d'un patient ou d'une population que l'on utilise pour évaluer le succès d'une intervention. Dans de système GRADE, les résultats sont classés par ordre de priorité selon qu'ils sont critiques pour la prise de décision, importants mais non critiques pour la prise de décision, ou non importants. Ces résultats permettent de mieux cibler la recherche d'études et l'examen systématique de la littérature (16).

Révélation de l'identité sexuelle : la révélation de l'identité sexuelle est le [traduction] « processus par lequel une personne reconnaît, accepte et apprécie son orientation sexuelle ou son identité sexuelle et commence à la partager avec les autres » (328). La révélation de l'identité sexuelle n'est pas un événement ponctuel, mais une décision quotidienne pour les membres de la communauté LGBTQI2+ qui se base sur ses avantages et ses risques, y compris la possibilité d'être confronté à la discrimination.

Revue systématique : revue exhaustive des publications, qui utilise des questions formulées clairement, ainsi que des méthodes systématiques et explicites, pour déterminer, sélectionner et apprécier de façon critique les travaux de recherche pertinents. Une revue systématique consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (344).

Voir méta-analyse.

Science de mise en œuvre : définie comme [traduction] « étude scientifique des méthodes de la promotion de l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes fondées sur la pratique courante et, d'où l'amélioration de la qualité et l'efficacité des services et des soins de santé » (page 1) (340).

Sécurisation culturelle : ce terme a été développé dans les années 1980 en Nouvelle-Zélande en réponse au mécontentement des Aborigènes maoris à l'égard des soins infirmiers. L'infirmière maorie Irihapeta Ramsden a joué un rôle déterminant dans l'élaboration du terme « sécurité culturelle », compris comme un résultat de la formation en sciences infirmières et profession de sage-femme qui permet de définir un service sûr par ceux qui le reçoivent. La sensibilité culturelle sensibilise les étudiants à la légitimité de la différence et entame un processus d'auto-exploration de la somme de leurs propres expériences et réalités de vie et des effets qu'elles peuvent avoir sur les autres. La sensibilisation culturelle constitue une première avancée en matière de compréhension d'une différence. La sécurité culturelle transcende la sensibilité culturelle en matière d'analyse des déséquilibres de pouvoir, de discrimination institutionnelle, de colonisation et des relations avec les colonisateurs, dans la mesure où ils s'appliquent aux services de santé (332, 333).

Sécurité : les membres de la communauté LGBTQI2+ et leurs familles choisies se sentent en sécurité et incluses lorsqu'elles interagissent avec les professionnels de santé et les organisations de services de santé. La sécurité inclut l'accès à des services de santé sûrs, affirmés et appropriés. Les mesures de la sécurité dans la littérature comprennent la victimisation autodéclarée, les intimidations homophobes et la discrimination.

Sexe assigné à la naissance : le sexe attribué est une étiquette donnée à la naissance en fonction de facteurs médicaux, notamment les hormones, les chromosomes et les organes génitaux. Plusieurs personnes se voient attribuer un sexe masculin ou féminin, et c'est ce qui est inscrit sur leur certificat de naissance (322).

Le terme « assignée femme à la naissance » (AFAN) ou « assigné homme à la naissance » (AHAN) peut également être utilisé pour décrire l'étiquette binaire donnée à la naissance.

Soutien social : fait référence à la diminution de l'isolement, et implique un sentiment d'appartenance, d'acceptation et de communauté.

Stigmatisation : la stigmatisation est un stéréotype négatif. La stigmatisation est différente de la discrimination, car la discrimination est le comportement qui résulte de ce stéréotype négatif (355).

Stratégies de communication : la communication inclut un échange d'idées, d'opinions et d'informations. Les stratégies de communication peuvent inclure de plusieurs dimensions de la communication, notamment des compétences écrites, verbales, non verbales et d'écoute; la fourniture d'informations appropriées à différents publics; et des techniques de marketing social (329). Parmi les autres exemples, citons les formulaires d'admission, la documentation relative aux soins infirmiers et le matériel éducatif.

Stress des minorités : le stress des minorités signifie que les disparités en matière de santé des minorités sexuelles s'expliquent en grande partie par les facteurs de stress induits par une culture hostile, homophobe ou transphobe, qui se traduit souvent par une vie de harcèlement, de mauvais traitements, de discrimination et de victimisation (33). Le stress des minorités est unique, chronique et socialement fondé.

Théorie de l'autonomisation : la théorie de l'autonomisation suggère que des actions, des activités ou des structures peuvent être autonomisantes et que le résultat de tels processus aboutit à un niveau autonomisé (336). Les processus d'autonomisation comprennent les tentatives de prise de contrôle, d'obtention des ressources nécessaires et de compréhension critique de son environnement social. Ce processus autonomise dans la mesure où il permet aux patients développer des compétences en matière de résolution de leurs problèmes et de prise de décision indépendante (336). Les comportements nécessaires à l'autonomisation seront différents d'une personne à l'autre et la signification de l'autonomisation variera d'une personne à l'autre. Les processus d'autonomisation varient selon les individus et les organisations (336).

Trans : terme générique qui désigne les personnes ayant des identités et des expressions sexuelles diverses qui diffèrent des normes de genre stéréotypées. Il inclut, sans s'y limiter, les personnes qui se décrivent comme des personnes transgenres, femmes trans (d'homme à femme), hommes trans (de femme à homme), transsexuels, travestis, non conformes au genre, de genre variant, allosexuels ou queer (7). Désigne un état d'incongruité entre l'identité sexuelle d'une personne et le sexe qui lui a été attribué à la naissance. Trans peut signifier le fait d'aller au-delà, d'exister entre deux états ou de traverser le spectre du genre (9, 10).

Annexe B : Exposé de position de l'AIIO :



ÉNONCÉ DE POSITION

Respecter les communautés diversifiées en matière de sexe et de genre



L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO) reconnaît la dignité inhérente et la valeur de chacun et assure à tous les mêmes droits et les mêmes chances, sans discrimination. L'AIIO estime que les communautés diversifiées sur le plan du sexe et du genre doivent être respectées.

Les préjugés, les stéréotypes et la discrimination menacent la santé par la violence et l'exclusion sociale.

L'ARNO dénonce toute forme de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion sociale fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre. Certaines opinions et hypothèses sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre peuvent être préjudiciables et créer des conditions qui entraînent des violations des droits de la personne et des inégalités en matière de santé. Les inégalités en matière de santé peuvent s'intensifier lorsque d'autres identités et déterminants de la santé se croisent avec l'identité de genre, l'expression de genre et l'orientation sexuelle.

2SLGBTQI+ est un acronyme qui décrit une variété de personnes sexuellement et sexuellement différentes, y compris celles qui s'identifient comme lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queer, intersexes et bispirituelles.

Le terme « bispirituel » désigne une personne qui s'identifie comme ayant un esprit à la fois masculin et féminin et est utilisé par certains peuples autochtones pour décrire leur identité sexuelle, de genre et/ou spirituelle.

Le symbole « + » est destiné à englober toutes les autres diversités du spectre, à représenter les personnes qui s'identifient comme non binaires, pansexuelles ou asexuelles ou qui s'interrogent sur leur orientation sexuelle, leur identité de genre et/ou leur expression de genre.

Les concepts fondamentaux d'identité de genre, d'expression de genre, d'orientation sexuelle, d'attrance physique et d'attrance émotionnelle sous-tendent ces termes. Certaines personnes s'identifient à une ou à plusieurs étiquettes pour correspondre sur ces concepts, tandis que d'autres ne s'identifient à aucune étiquette. La compréhension que l'on a de sa propre identité de genre, de son expression de genre et de son orientation sexuelle peut être fluide et évoluer avec le temps.

Les membres des communautés diversifiées sur le plan sexuel et du genre sont régulièrement victimes de stigmatisation et de discrimination qui contribuent à une mauvaise santé et à un mauvais bien-être. La discrimination à l'encontre des personnes 2SLGBTQI+ peut prendre la forme d'homophobie, de biphobie ou de transphobie.

L'hétéronormativité est une vision du monde qui part du principe que tout le monde est, ou devrait être, hétérosexuel. La cisonormativité est la croyance en la construction binaire du genre, soit masculin ou féminin, tel que défini par le sexe assigné à la naissance.

La santé et le bien-être des personnes 2SLGBTQI+ sont compromis par les micro-agressions, les agressions sexuelles et physiques, le harcèlement, les crimes haineux, les abus émotionnels, psychologiques et verbaux, ainsi que le stress chronique causé par la stigmatisation. Les efforts de conversion (« thérapie ») de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de l'expression de genre sont psychologiquement nuisibles et non éthiques.

Juin 2021

1

Les préjugés, les stéréotypes et la discrimination menacent l'accès aux services et aux soins de santé.

Les personnes 2SLGBTQI+ rencontrent des obstacles à l'accès à des soins inclusifs et appropriés en raison des préjugés implicites des professionnels de la santé et des politiques et pratiques cis-hétéronormatives, hétérosexistes et discriminatoires ancrées dans les établissements de santé.

Les préjugés, les stéréotypes et la discrimination menacent les environnements de travail de qualité.

Ces mêmes environnements d'exercice cis-hétéronormatifs, hétérosexistes et discriminatoires peuvent être traumatisants pour les professionnels de la santé qui s'identifient à la communauté 2SLGBTQI+, que cette discrimination vienne de collègues, de superviseuses ou de superviseurs, d'employeurs ou de clients.

Appel à l'action

L'AIIAO :

s'exprimera en faveur des droits de la personne et de l'équité en matière de santé :

- s'élèvera contre les partis pris implicites, les préjugés, les stéréotypes et les politiques discriminatoires et cis-hétéronormatives,
- s'élèvera contre la discrimination et l'exclusion sociale fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité ou l'expression de genre,
- s'élèvera contre les inégalités sociales auxquelles sont confrontées les personnes qui s'identifient comme 2SLGBTQI+;

promouvra des soins de santé centrés sur la personne, inclusifs et appropriés :

- plaidera en faveur de services et de programmes de soins de santé qui tiennent compte des besoins des clients, du personnel et des communautés 2SLGBTQI+ servies, car toutes les personnes devraient pouvoir voir, entendre et sentir que leur identité est reconnue et accueillie,
- fournira des outils d'évaluation, des formulaires et du matériel éducatif neutres et inclusifs pour faciliter la prestation de soins dans tous les environnements de soins de santé,

- promouvra et soutiendra les occasions de formation pour les corps professionnels de la santé afin qu'ils apprennent et maintiennent leurs compétences en ce qui concerne les problèmes de santé affectant la communauté 2SLGBTQI+ et les possibilités de renforcement des compétences pour promouvoir des soins inclusifs et appropriés;

favorisera et prônera des environnements de travail sûrs, inclusifs et sains pour le personnel infirmier et autre :

- élaborera des politiques, des procédures et des codes de conduite propres à l'organisation ou à l'organisme pour tous les membres du personnel afin de les sensibiliser à la diversité culturelle, à la diversité sexuelle et de genre, ainsi qu'à l'obligation de traiter chacun avec respect,
- assurera un cadre d'emploi sûr et positif pour tous les professionnels de la santé, y compris ceux qui s'identifient comme 2SLGBTQI+.

Il est essentiel de consulter et d'inclure les personnes 2SLGBTQI+ dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de toutes les politiques, procédures et programmes.

Annexe C : Lecture fondamentale

Il faut souligner que les fournisseurs de soins de santé comprennent les inégalités en matière de santé dont souffrent de nombreuses membres de la communauté LGBTQI2+. En outre, les fournisseurs de soins de santé sont tenus de comprendre la législation qui interdit les actions discriminatoires à l'encontre des personnes sur la base de motifs protégés.

Le **tableau 24** comprend une liste de lectures fondamentales sur ces sujets, telles que déterminées par le comité d'experts. Il faut souligner qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de toutes les ressources disponibles.

Tableau 24 : Lecture fondamentale

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p><i>Loi canadienne sur les droits de la personne de 1985.</i> Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/h-6/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Loi canadienne sur les droits de la personne de 1985.</i> ■ La <i>Loi</i> stipule clairement que toute personne ne doit pas faire l'objet d'une discrimination fondée sur son orientation sexuelle, son identité ou son expression sexuelle.
<p><i>Code des droits de la personne de l'Ontario, 1990, c H-19</i> [Internet]. Gouvernement de l'Ontario. [consulté le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h19.</p> <p><i>Politique de prévention de la discrimination fondée sur l'IDENTITÉ SEXUELLE et l'EXPRES L'IDENTITÉ SEXUELLE.</i> Commission ontarienne des droits de la personne, 2014. Toronto (Ontario) : 2014 [cité le 19 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-pr%C3%A9vention-de-la-discrimination-fond%C3%A9e-sur-l%E2%80%99identit%C3%A9-sexuelle-et-l%E2%80%99expression-de-l</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Loi ontarienne qui interdit les actions discriminatoires à l'égard des personnes fondées sur des motifs de protection. ■ Les motifs de protection comprennent : l'âge, l'ascendance, la couleur, la race, la citoyenneté, l'origine ethnique, le lieu d'origine, la croyance, le handicap, la situation familiale, l'état matrimonial (y compris le célibat), l'identité et l'expression sexuelles, le fait de bénéficier d'une aide publique (en matière de logement uniquement), le casier judiciaire (en matière d'emploi uniquement), le sexe (y compris la grossesse et l'allaitement) et l'orientation sexuelle. ■ Document de politique de la Commission ontarienne des droits de la personne sur la prévention de la discrimination fondée sur l'identité et l'expression sexuelles.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé : <i>La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada</i> [Internet]. Ottawa (Ont.) : 2017 [cité 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/HESA/rapport-28</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le rapport décrit en détail les inégalités en matière de santé dont souffrent les communautés de lesbiennes, de gais, de bisexuels, de personnes trans, des queers, d'intersexués, d'asexuels et de bispirituels (LGBTQIA2) au Canada et met l'accent sur la stigmatisation et la discrimination ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé. ■ Le comité a formulé 22 recommandations d'action dans les domaines suivants : sensibilisation, campagne et formation, consultation, collecte de données, financement de programmes, santé des personnes transgenres, infections transmissibles sexuellement et par le sang, élimination de la thérapie par la conversation, personnes intersexuées et dons de sang, d'organes et de tissus. ■ La recommandation 5 du rapport concerne spécifiquement la promotion de la formation des fournisseurs de soins de santé sur les besoins sanitaires des minorités sexuelles ou de genre.
<p>Agence de la santé publique du Canada. Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif : Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le rapport donne un aperçu de l'état de la santé publique au Canada en présentant des indicateurs clés nationaux tels que l'espérance de vie, l'incidence des maladies chroniques et la toxicomanie. ■ Un chapitre consacré à la stigmatisation et à la santé met en évidence les voies qui mènent de la stigmatisation à de mauvais résultats en matière de santé et la manière dont les différentes stigmatisations se chevauchent. Les domaines d'intérêt comprenaient la stigmatisation vécue par les Premières nations, les Inuits et les Métis, les Canadiens d'origine africaine, antillaise et noire, les personnes âgées et les membres des communautés LGBTQ2 en matière de problèmes de santé tels que les maladies mentales, la toxicomanie, la tuberculose, le VIH et l'obésité. ■ Le dernier chapitre présente un cadre d'action visant à réduire la stigmatisation dans l'ensemble du système de santé et à améliorer les résultats en matière de santé.
<p><i>Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.</i> [Internet]. Canada : 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rapport final de l'enquête nationale sur les femmes, les filles et les personnes membres de communautés LGBTQI2+ autochtones disparues et assassinées. ■ Le rapport comprend des appels à la justice sur plusieurs thèmes, dont la santé et le bien-être.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Sharman Z., éditeur. <i>The Remedy: Queer and Trans Voices on Health and Health Care</i>. Arsenal Pulp Press : Auteur 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette anthologie est un recueil diversifié d'histoires vécues par des personnes homosexuelles et transsexuelles sur leurs expériences et leurs difficultés en matière de soins de santé. On y trouve les récits d'hommes gais vivant avec le VIH qui se souviennent de la résistance systémique à leurs besoins en matière de soins de santé, d'un couple de lesbiennes confronté à l'expérience du cancer et de jeunes transgenres qui luttent pour trouver des fournisseurs de soins de santé qui leur offrent des soins avec dignité et respect.
<p><i>Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action</i> [Internet] Winnipeg (Manitoba) 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels-a-l-Action-French.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Commission de vérité et de réconciliation du Canada lance un appel à l'action pour remédier les séquelles des pensionnats indiens et faire avancer le processus de réconciliation canadienne. ■ Comprend un appel à l'action spécifique pour que les écoles de médecine et de soins infirmiers exigent un cours sur les questions de santé des Autochtones.
<p>Nations Unies. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones [Internet]. Genève : 2017 [cité le 16 avril 2021]. Accessible sur la page Web : https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP-F-web.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La <i>Déclaration</i> établit un cadre universel de normes minimales pour la survie, la dignité et le bien-être des peuples autochtones du monde. ■ Elle élabore des normes existantes en matière de droits de la personne et de libertés fondamentales telles qu'elles s'appliquent à la situation spécifique des peuples autochtones.
<p>Nations Unies. Orientation sexuelle et identité de genre dans le droit international des droits de l'homme [Internet]. Genève : Libres et égaux Nations Unis; date inconnue. Accessible sur la page Web : https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2018/05/International-Human-Rights-Law-French.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le document présente les chartes, droits et traités internationaux qui interdisent la discrimination des personnes fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. ■ Il identifie certaines des formes les plus courantes de violations des droits de la personne affectant les personnes LGBT.

Annexe D : Lignes directrices de pratiques exemplaires de l'AIIAO et autres ressources conformes à ces LDPE

Le tableau ci-dessous présente les sujets conformes aux présentes lignes directrices, à celles suggérées par l'AIIAO et aux ressources d'autres organismes.

SUJET	RESSOURCE(S)
Intervention en situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. <i>Crisis Intervention for Adults Using a Trauma-Informed Approach: Initial Four Weeks of Management</i> [Internet]. 3^e édition. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; 2017. Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention.
Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015). Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/bpg/guidelines/engaging-clients-who-use-substances.
Science de la mise en œuvre, les cadres de mise en œuvre et les ressources	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario en partenariat avec Excellence en Santé Canada. <i>Leading Change Toolkit</i>^{MC} (3^e édition). Toronto (Ontario) : AIIAO; 2021 Accessible sur la page Web : https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit. ■ The National Implementation Research Network's Active Implementation Hub. <i>Get Started</i> [Internet]. [lieu inconnu]: AI Hub; c2013–2018. Accessible sur la page Web : http://implementation.fpg.unc.edu/. ■ Institut canadien pour la sécurité des patients et Cadres d'amélioration. <i>Trousse En Avant</i> [Internet]. [lieu inconnu]: Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!; août 2015. Accessible sur la page Web : https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf. ■ Dissemination & Implementation Models in Health Research & Practice [Internet]. [lieu inconnu]: The Center for Research in Implementation Science and Prevention; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : http://dissemination-implementation.org/content/resources.aspx.
Collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels: optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/bpg/language/d%C3%A9veloppement-et-maintien-des-soins-de-sant%C3%A9-interprofessionnels-optimisation-des-r%C3%A9sul.

SUJET	RESSOURCE(S)
<p>Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne</p> <p>Leadership en soins infirmiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017). Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/bpg/language/int%C3%A9gration-d%E2%80%99interventions-antitabagiques-%C3%A0-la-pratique-quotidienne. ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/bpg/language/lignes-directrices-sur-le-d%C3%A9veloppement-et-le-maintien-du-leadership-infirmier.
<p>Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015). Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille.
<p>Formation pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Practice Education in Nursing [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2016). Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing.
<p>Prévention et la prise en charge des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés [Internet] Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2014). Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/bpg/language/pr%C3%A9vention-et-r%C3%A9solution-des-mauvais-traitements-et-de-la-n%C3%A9gligence-envers-les-a%C3%AEn%C3%A9s-a.
<p>Autogestion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Strategies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/bpg/language/strategies-permettant-de-soutenir-lautogestion-des-etats-chroniques-la-collaboration-ave.
<p>Déterminants sociaux de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO]. Social Determinants of Health [Internet]. Toronto (Ontario) . Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; s.d. Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/policy/projects/social-determinants-health.

Annexe E : Ressources relatives à la pharmacothérapie et à la chirurgie de transition

Les ressources ci-après sont des suggestions de lignes directrices et de ressources d'autres organisations. Soulignons qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de toutes les ressources disponibles.

SUJET	RESSOURCE(S)
<p>Pharmacothérapie (y compris l'hormonothérapie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bourns, A. <i>Sherbourne's guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : Santé arc-en-ciel Ontario et Sherbourne Health 2019. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/resources/4th-edition-sherbournes-guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/. ■ Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. et coll. Vancouver Coastal Health [Internet]. <i>Endocrine therapy for transgender adults in British Columbia: Suggested guidelines</i>. Vancouver, (C.-B.) : Vancouver Coastal Health; 2015. Accessible sur la page Web : http://www.phsa.ca/transcarebc/Documents/HealthProf/BC-Trans-Adult-Endocrine-Guidelines-2015.pdf Trans Care BC. <i>Gender-affirming care for trans, Two-Spirit, and gender diverse patients in BC: A primary care toolkit</i>. [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Trans Care BC; 2019. Accessible sur la page Web : http://www.phsa.ca/transcarebc/health-professionals/clinical-resources. ■ Soins de santé de l'UCSF auprès des personnes transgenres, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Californie à San Francisco. <i>Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People</i>; 2nd edition. Deutsch M.B., éd. juin 2016. Accessible sur la page Web : https://transcare.ucsf.edu/guidelines. ■ Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre. <i>Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme</i> [Internet]. Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre; 2012. Accessible sur la page Web : https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf.

SUJET	RESSOURCE(S)
<p>Chirurgie de transition et soins post-chirurgicaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bourns, M. <i>Sherbourne's guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients</i> [Internet]. Toronto (Ontario) : Santé arc-en-ciel Ontario et Sherbourne Health 2019. Accessible sur la page Web : https://www.rainbowhealthontario.ca/resources/4th-edition-sherbournes-guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/. ■ Trans Care BC. <i>Gender-affirming care for trans, Two-Spirit, and gender diverse patients in BC: A primary care toolkit</i>. [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Trans Care BC; 2019. Accessible sur la page Web : http://www.phsa.ca/transcarebc/health-professionals/clinical-resources. ■ Soins de santé de l'UCSF auprès des personnes transgenres, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Californie à San Francisco. <i>Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People; 2nd edition</i>. Deutsch M.B., éd. Juin 2016. Accessible sur la page Web : https://transcare.ucsf.edu/guidelines. ■ Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre. <i>Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme</i> [Internet]. Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre; 2012. Accessible sur la page Web : https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf.

Annexe F : Méthodes d'élaboration des lignes directrices

La présente annexe donne un aperçu du processus et des méthodes d'élaboration des LDPE de l'AIIAO. L'AIIAO est inébranlable dans son engagement à ce que chaque LDPE soit établi sur la base des données les plus probantes dont elle dispose. Pour se conformer aux normes internationales, les méthodes GRADE et GRADE CERQual ont été mises en œuvre.

Définition du champ d'application des lignes directrices

Le champ d'application détermine ce que les lignes directrices de la RNAO couvrent et ce qu'elles ne couvrent pas (voir **Objet et champ d'application** à la page 8). L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a établi le champ d'application de cette LDPE en empruntant les étapes suivantes :

1. **Analyse environnementale des lignes directrices.** L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a consulté une liste établie de sites Web afin de trouver des lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre janvier 2008 et avril 2018. L'objet de cette analyse environnementale visait à mieux comprendre les lignes directrices établies sur la santé et les soins de santé relativement aux membres de la communauté LGBTQI2+ afin de déterminer les opportunités et d'élaborer l'objet et champ d'application des présentes lignes directrices. Une liste qui s'affiche a été compilée en s'inspirant des connaissances de sites Web de pratiques fondées sur les données probantes. De plus, on a demandé aux membres du comité d'experts de l'AIIAO de suggérer des lignes directrices supplémentaires. Une recherche mise à jour de lignes directrices a été effectuée en février 2020 et en avril 2020 afin de mettre à profit toutes les lignes directrices pertinentes publiées après la date de recherche initiale. Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices établies, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'inclusion, sont accessibles en ligne à l'adresse suivante (en anglais) : [RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity](https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity).

Les lignes directrices ont été passées en revue afin de créer du contenu et d'évaluer leur qualité, leur accessibilité et leur applicabilité à la pratique des soins infirmiers. Deux méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices ont évalué quatre lignes directrices internationales au moyen de l'outil AGREE II (173). Les lignes directrices ayant obtenu un score global de 6 ou 7 (sur une échelle de Likert de 7 points) ont été considérées comme étant de grande qualité, et celles ayant obtenu un score global de 4 ou de 5 ont été jugées de qualité modérée.

Les lignes directrices suivantes ont été évaluées, tel qu'indiqué :

- Hembree, W., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. et coll. [Internet] « Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline ». *Int J Clin Endocrinol Metab*. Volume 102, numéro 11, 1^{er} novembre 2017, p. 3869 à 3903, <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.
 - Score : 6 sur 7. Ces lignes directrices ont servi de ressources justificative dans la présente LDPE.
 - Soins de santé de l'UCSF auprès des personnes transgenres, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Californie à San Francisco. *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People; 2nd edition*. Deutsch M.B., ed. Juin 2016. Accessible sur la page Web : <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
 - Score : 4 sur 7. Ces lignes directrices ont été utilisées comme ressources justificatives et source d'enrichissement de la déclaration de bonne pratique dans la présente LDPE.
2. **Revue de la littérature.** Une revue de la littérature a été effectuée afin de déterminer les données probantes accessibles sur les études d'intervention de la prise en charge des membres de la communauté LGBTQI2+.
 3. **Entretiens téléphoniques avec 14 personnes-ressources.** Ces entretiens ont été faits avec des experts dans le domaine, notamment des fournisseurs de soins de santé directs, du personnel d'administration et enseignant, ainsi que des militants et des chercheurs, afin de connaître les besoins du personnel infirmier, des membres de l'équipe interprofessionnelle de santé et des personnes ayant une expérience concrète.
 4. **Quatre groupes d'entretien téléphonique ont été organisés.** Les groupes d'entretiens ont été tenus avec des fournisseurs de soins de santé directs, des porte-parole de patients et des chercheurs, afin de connaître les besoins des infirmières, des membres de l'équipe interprofessionnelle de santé et des personnes ayant une expérience concrète.

Réunions du comité d'experts

L'AIIAO vise la diversité dans la composition d'un comité d'experts ; cela est conforme à sa déclaration organisationnelle sur la diversité et l'inclusion, qui fait partie de sa mission et de ses valeurs (357) l'AIIAO vise également à ce que les personnes touchées par les recommandations des LDPE, en particulier celles ayant vécu une expérience et les familles, soient incluses dans le comité d'experts.

L'AIIAO utilise différentes méthodes pour trouver et sélectionner les membres d'un comité d'experts. Elles comprennent :

- parcourir la littérature pour trouver de chercheurs dans le domaine concerné;
- recueillir des recommandations lors d'entretiens avec des personnes-ressources;
- en inspirant des réseaux professionnels établis, tel que les groupes d'intérêt de l'AIIAO, les réseaux de champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers (Nursing Best Practice Champions Network^{MD}) et les Organisations vedettes des pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD});
- d'autres associations d'infirmiers et de fournisseurs de soins de santé, des associations ou organisations techniques pertinentes et des organismes de défense des intérêts.

Aux fins de ces LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a réuni des experts du domaine de la pratique des soins infirmiers, de l'administration, de la recherche, de la formation et de la politique ainsi que d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle représentant un éventail de secteurs et de domaines de pratique et des personnes ayant une expérience concrète (voir le **comité d'experts de l'AIIAO**, p. 25).

Le comité d'experts a dirigé les activités suivantes :

- approbation de l'objet et du champ d'application des présentes LDPE;
- formulation des questions de recommandation et des résultats visés par les présentes LDPE;
- participation à un **processus**^G d'élaboration consensuelle afin d'élaborer des recommandations énoncés;
- formulation d'une rétroaction sur l'ébauche des présentes LDPE;
- participation à l'élaboration d'indicateurs d'évaluation;
- désignation des intervenants appropriés afin d'examiner l'ébauche des lignes directrices avant leur publication.

En plus de ce qui précède, les coprésidents du comité d'experts ont également participé aux activités suivantes :

- participation aux réunions mensuelles avec les méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices et leur coordinateur du projet d'élaboration;
- animation des réunions du comité d'experts;
- offre de conseils approfondis sur des questions cliniques et/ou de recherche;
- supervision du processus de vote.

Conflit d'intérêts

Dans le cadre de l'élaboration des LDPE de l'AIIAO, par conflit d'intérêts (CI) on entend les situations où les intérêts financiers, professionnels, intellectuels, personnels, organisationnels ou autres d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à exécuter les travaux du comité avec objectivité. Des déclarations de CI qui pourraient être interprétées tel que constituant un conflit perçu et ou réel ont été effectuées par les membres du comité d'experts avant leur participation aux travaux d'élaboration des lignes directrices à l'aide d'un formulaire normalisé. Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de CI au début de chaque réunion en personne portant sur les lignes directrices. Tout CI déclaré par un membre du comité d'experts a été passé en revue par l'équipe d'élaboration et de recherche des pratiques exemplaires de l'AIIAO et les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit d'intérêts contraignant n'a été relevé. Voir le résumé des déclarations de conflits d'intérêts accessibles à <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Détermination des questions de recommandation et des résultats prioritaires

Les questions de revue systématique de l'AIIAO ont été formulées conformément au format PICR (population, intervention, comparaison et résultats).

En juillet 2018, l'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la AIIAO et le comité d'experts se sont réunis en personne afin de déterminer les questions et les résultats prioritaires des recommandations des présentes LDPE. Une liste exhaustive de questions de recommandation susceptibles d'être abordées par les présentes LDPE a été dressée lors de la réunion. Elle a été éclairée par ce qui suit :

- l'analyse environnementale des lignes directrices;
- la revue de la littérature;
- les entretiens et débats importants avec les personnes ressource des comités d'experts;
- une enquête du comité d'experts effectuée avant la réunion en personne;
- les discussions du comité d'experts lors de la réunion en personne.

Cette liste exhaustive de questions d'éventuelles recommandations a été présentée aux membres du comité d'experts. Chaque membre du comité d'experts a participé à un vote confidentiel par ordre de classement de toutes les questions de recommandation éventuelles. Les huit questions de recommandation ayant obtenu le plus grand nombre de votes ont été considérées comme les questions de recommandation finales. Les coprésidentes du comité d'experts n'ont pas participé au vote.

À la suite de ce vote initial et conformément aux normes du système GRADE en matière d'évaluation et de présentation des données probantes, des résultats ont été déterminés et mis en ordre de priorités pour chaque question de recommandation. Une liste exhaustive des résultats de chaque question de recommandation a été dressée lors de la réunion en personne à partir des éléments suivants :

- la revue de la littérature;
- les entretiens avec des informateurs clés et les séances de discussion en groupe;
- une enquête du comité d'experts effectuée avant la réunion en personne;
- les discussions du comité d'experts lors de la réunion en personne.

Sur la base d'une liste exhaustive de résultats, le comité d'experts a été invité à classer par ordre d'importance relative de chaque résultat par question de recommandation. Chaque membre du comité a participé à un vote confidentiel en ligne afin de déterminer l'ordre de classement des résultats. Il a été jugé possible d'obtenir au total cinq résultats prioritaires par question de recommandation. Les coprésidentes des comités d'experts n'ont pas participé au vote, car elles avaient pour tâche de veiller au bon déroulement du vote. Les résultats du vote ont été présentés au comité d'experts et, grâce aux échanges supervisées, des résultats prioritaires ont été déterminés pour chaque question de recommandation.

À la suite de la réunion en personne, un vote en ligne a été effectué afin de déterminer les résultats d'importance capital pour chaque question de recommandation. Des échelles de Likert ont été utilisées pour ce vote. Les coprésidentes du comité d'experts n'ont pas participé au vote. Soixante-dix pour-cent des membres du panel ont participé au vote en ligne. Les résultats ont été classés critiques, si 70 % des votes exprimés ont donné des résultats tel que 7, 8 ou 9 sur l'échelle de Likert à 9 points.

Les huit questions de recommandation et leurs questions de recherche sur la PICR respectives sont présentées ci-dessous.

Question de recommandation n° 1 : Quelles sont les stratégies de communication à recommander pour améliorer les soins qui sont prodigués aux membres de la communauté LGBTQI2+?

Question de recherche sur la PICR n° 1 :

Population : Fournisseurs de soins de santé

Intervention : Stratégies de communication (par exemple, langage inclusif, formulaires normalisés, prise d'antécédents, documentation)

Comparaison : Aucune stratégie de communication inclusive

Résultats : Le confort [critique], la sécurité [critique] et la rétention [importante]* du membre de la communauté LGBTQI2+, ainsi que la diversité des communicateur [importante]*

* Deux résultats importants n'ont pas été trouvés dans la littérature : la rétention et la diversité du communicateur. Des résultats de substitution⁶ n'ont pas été choisis, car les résultats critiques recueillis ont été jugés en nombre suffisant pour la question de recommandation 1. Ces résultats (rétention et diversité du communicateur) ont été classés parmi que les recherches futures pourraient explorer.

Question de recommandation n° 2 : Est-ce que la création d'espaces sécurisés dans les organisations de services de santé devrait être recommandée en matière d'amélioration des soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?

Question relative à la recherche sur la PICR n° 2 :

Population : Organisation de services de santé*

Intervention : Espaces sûrs (peut inclure la présence de formulaires, de signes, de politiques qui reflètent un espace sûr)

Comparaison : Soins normalisés/usuels dans les organisations de services de santé

Résultats : L'expérience des membres de la communauté LGBTQI2+ [critique], la sécurité [important], la rétention [important] et la représentation diversifiée des membres de la communauté LGBTQI2+ et des fournisseurs de soins de santé [important]

* Cette question relative à la recommandation incluait également la littérature dans les établissements scolaires. Le personnel infirmier hygiéniste peut exercer dans le cadre scolaire, et il y a une pénurie de recherche dans les milieux de santé traditionnels : c'est pourquoi les critères d'inclusion comprenaient les milieux scolaires.

Question de recommandation n° 3 : Faut-il recommander la promotion du dépistage des risques par les fournisseurs de soins de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?

Question de recherche sur la PICR n° 3 :

Population : Les membres de la communauté LGBTQI2+ à tous les stades de la vie (y compris les personnes issues de populations mal desservies)

Intervention : Dépistage des risques

Comparaison : Aucun dépistage de risque

Résultats : Le nombre de personnes ayant accès au dépistage [critique], à la détection et/ou à l'intervention précoce [critique]*, aux connaissances des membres de la communauté LGBTQI2+ [important]*, et aux comportements à risque [important]*

* Les résultats ci-après n'ont pas été trouvés dans la littérature : détection et/ou intervention précoce, connaissance des membres de la communauté LGBTQI2+ et comportements à risque. Des résultats de substitution n'ont pas été choisis, et la promotion du dépistage des risques afin d'améliorer l'accès a été le seul résultat évalué. Ce résultat a été classé parmi les lacunes sur lesquelles la recherche pourra éventuellement se pencher.

Question de recommandation n° 4 : Est-ce que les interventions de groupe dans le cas des affections médicales devrait être recommandées en matière d'amélioration des soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?

Question relative à la recherche sur la PICR n° 4 :

Population : Membres de la communauté LGBTQI2+ (tout au long de la vie)

Intervention : Groupes cliniques de membres de la communauté LGBTQI2+ en matière de problèmes de santé (pouvant être dirigés par des professionnels ou des pairs)

Comparaison : Pas de groupe clinique pour les problèmes de santé

Résultats : Santé mentale [critique], soutien social [critique], autogestion [important], relation thérapeutique entre la personne et le professionnel de la santé [important]*, ainsi que nombre de visites aux urgences ou d'hospitalisations [important]*

* Deux résultats importants n'ont pas été trouvés dans la littérature : la relation thérapeutique entre la personne et le professionnel de la santé, ainsi que le nombre de visites aux urgences ou d'hospitalisations. Des résultats de substitution n'ont pas été choisis, car les résultats importants recueillis ont été jugés en nombre suffisant dans le cadre de la question de recommandation 4. Ce résultat a été classé parmi les lacunes sur lesquelles la recherche pourra éventuellement se pencher.

Question de recommandation n° 5 : Faut-il recommander des interventions en groupe afin d'améliorer la prise en charge des membres de la communauté LGBTQI2+?

Question de recherche sur la PICR n° 5 :

Population : Membres de la communauté LGBTQI2+ (tout au long de la vie)

Intervention : Interventions de groupe (dirigées par des pairs ou des professionnels)

Comparaison : Interventions de groupe

Résultats : Expérience des membres de la communauté LGBTQI2+ [critique], soutien social [critique], autogestion [important], inclusion de la santé des membres de la communauté LGBTQI2+ dans les politiques [important]*

* Un résultat important n'a pas été trouvé dans la littérature, soit l'inclusion de la santé des membres de la communauté LGBTQI2+ dans les politiques. Des résultats de substitution n'ont pas été choisis, car les résultats critiques recueillis ont été jugés en nombre suffisant dans le cadre de la question de recommandation 5. Ce résultat a été classé parmi les lacunes sur lesquelles la recherche pourra éventuellement se pencher.

Question de recommandation n° 6 : Faut-il intégrer du contenu en matière de santé relatif aux membres de la communauté LGBTQI2+ dans la formation professionnelle des étudiant(e)s qui s'orientent vers des professions de la santé?

Question relative à la recherche sur la PICR n° 6 :

Population : Effectif étudiant entrant dans les professions de santé

Intervention : Intégration d'un contenu de la santé diversifié selon une approche affirmative de la réalité LGBTQI2+ dans la formation professionnelle (y compris les politiques)

Comparaison : Pas d'intégration du contenu relatif à la santé LGBTQI2+ dans la formation professionnelle

Résultats : Expérience des étudiantes et étudiants [critique], connaissances et/ou compétences des étudiantes et étudiants [critique], nombre d'offres de perfectionnement professionnel continu et/ou de modules qui incluent un contenu LGBTQI2+ [important]*, nombre d'établissements d'enseignement qui ont des politiques intégrées [important]*

* Le comité d'experts a voté pour l'inclusion des résultats importants suivants : nombre d'offres et/ou de modules de perfectionnement professionnel continu qui incluent un contenu LGBTQI2+, ainsi que nombre d'établissements de formation qui ont des politiques intégrées à la question de recommandation n°6. Après réflexion et revue de la littérature, il a été constaté que ces résultats étaient présentés comme des descripteurs de l'intervention. Lorsqu'elles étaient accessibles, ces données ont été extraites dans le cadre de la description de l'intervention. Des résultats de substitution n'ont pas été choisis, et les autres résultats (expérience de l'étudiante ou de l'étudiant et connaissances et/ou compétences de l'étudiante ou de l'étudiant) ont été évalués.

Question de recommandation n° 7 : Faut-il recommander une formation continue aux fournisseurs de soins de santé en matière d'amélioration des soins aux membres de la communauté LGBTQI2+?

Question de recherche sur la PICR n° 7 :

Population : Fournisseurs de soins de santé

Intervention : Formation continue (y compris le perfectionnement professionnel obligatoire)

Comparaison : Aucune formation continue

Résultats : Connaissance des fournisseurs de soins de santé [critique] et changement dans les pratiques [critique]**, expérience des membres de la communauté LGBTQI2+ [critique]*, accès aux soins pour les membres de la communauté LGBTQI2+ [critique]*

* Le groupe d'experts a choisi l'expérience des soins et l'accès aux soins des membres de la communauté LGBTQI2+ comme résultats essentiels pour la question de recommandation n° 7. Bien qu'il s'agisse de deux résultats éventuels de la sensibilisation des fournisseurs de soins de santé, ils n'ont pas été trouvés dans la littérature. Après une réflexion approfondie, il a été constaté que ces résultats peuvent être difficiles à mesurer ou à relier directement à la formation continue. Des résultats de substitution n'ont pas été choisis, et les autres résultats (connaissances des fournisseurs de soins de santé et changement dans les pratiques) ont été évalués.

** Des résultats de substitution ont été utilisés afin d'évaluer le changement de pratique, notamment l'attitude, la confiance et le confort des fournisseurs de soins de santé.

Question de recommandation n° 8 : Est-ce que les espaces (sûrs) réservés aux membres de la collectivité LGBTQI2+ pour les soins de longue durée pour les résidents devraient être recommandés en matière d'amélioration des soins offerts aux résidents LGBTQI2+?*

Question de recherche sur la PICR n° 8 :

Population : Adultes âgés (65 ans et plus) membres de la communauté LGBTQI2+ et en soins de longue durée

Intervention : Espaces (sûrs) réservés aux membres de la communauté LGBTQI2+ dans les établissements de soins de longue durée

Comparaison : Les établissements de soins traditionnels sans espaces réservés.

Résultats : Connaissances du personnel [critique], comportements réactifs des membres de la communauté LGBTQI2+ [critique], sécurité perçue [critique], expérience [critique] et incidence du harcèlement entre pairs [important]

* Le groupe d'experts a voté pour la question de recommandation 8. Toutefois, après avoir achevé la recherche, seules deux études qualitatives ont été identifiées comme pouvant répondre à cette question de recommandation, et ces mêmes études ont été reprises dans la question de recommandation 2 sur les espaces sécurisés. Une recommandation a été rédigée pour englober toutes les organisations de services de santé, y compris les soins de longue durée, car les interventions recommandées en matière de création des espaces sécurisés n'étaient pas propres au milieu des soins de longue durée. En matière d'amélioration des soins, l'évaluation des espaces réservés (sûrs) pour les résidents de soins de longue durée, par rapport aux établissements de soins de longue durée traditionnels sans espaces réservés a été classée parmi les lacunes de recherche.

Collecte systématique de données

Les LDPE de l'AIIAO résultent d'une revue exhaustive et systématique de la littérature.

Dans le cadre des présentes LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, avec une ou un bibliothécaire spécialisé en sciences de la santé, ont élaboré une stratégie de recherche pour chacune des questions de recherche susmentionnées. Une recherche d'études pertinentes publiées en anglais de janvier 2012 à août 2018 a été appliquée aux bases de données ci-après : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, PsychINFO, Embase, Emcare, ERIC (questions de recherche 6 et 7 seulement) et LGBT Life.

Dans l'optique de recueillir les données probantes les plus récentes, les dates de recherche des revues systématiques ont été limitée aux six dernières années. Tous les concepts d'étude ont été inclus. Les membres du comité d'experts ont été invités à passer en revue leurs bibliothèques personnelles à la recherche d'études pertinentes qui auraient pu échapper aux stratégies de recherche ci-dessus (voir l'**annexe G**). De l'information détaillée sur la stratégie de recherche utilisée pour la revue systématique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes de recherche, sont accessible à l'adresse suivante (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Toutes les études ont été évaluées de façon indépendante sur le plan de la pertinence et de l'admissibilité, fondées sur les critères d'inclusion et d'exclusion par deux méthodologues d'élaboration de lignes directrices. Tout désaccord a été résolu par consensus.

Le risque de biais dans la conception des études retenues a été évalué de manière indépendante à l'aide d'outils validés et fiables. Les essais contrôlés randomisés^G ont été évalué en utilisant l'outil Risk of Bias 2.0(358), **des études quasi-expérimentales**^G et d'autres études non-randomisées ont été évaluées en utilisant l'outil ROBINS-I(359), les revues systématiques ont été évaluées en utilisant l'outil ROBIS (360) et les études qualitatives ont été évaluées en utilisant une version modifiée de la liste de contrôle du programme d'évaluation critique des compétences fondé sur une liste de contrôle de recherche qualitative (CASP) (361). Les deux méthodologues de l'élaboration des lignes directrices se sont concertées afin de parvenir à un consensus sur tous les scores.

Pour l'extraction des données, les études retenues ont été réparties à parts égales entre les méthodologues. Chaque méthodologue de l'élaboration des lignes directrices a extrait l'information des études qui lui ont été assignées, et cette information a été passée en revue par l'autre méthodologue pour en vérifier l'exactitude. Dans le cadre des études quantitatives, les informations suivantes ont été extraites : conception de l'étude, pays, cadre, description de l'intervention, information sur les participants, résultats (y compris les mesures et/ou les outils), résultats et effets néfastes (le cas échéant). Dans le cadre des études qualitatives, les informations suivantes ont été extraites : objectif de l'étude, conception, information sur les participants, cadre, résultats pertinents et thèmes énoncés. Les formulaires d'extraction de données quantitatives et qualitatives comprenaient tous deux une section sur les valeurs et les préférences des participants et sur l'équité en matière de santé. Le contenu extrait en matière d'équité en santé comprenait des détails sur la population étudiée et était guidé par le **cadre d'intersectionnalité** de la page 34. Le contenu extrait des études basées sur le cadre a également été utilisé en matière de contribution aux considérations d'équité en santé lors des échanges sur les données probantes. Le cadre a également permis aux méthodologues de l'élaboration des lignes directrices de mettre en évidence les limites éventuelles de la littérature pour différentes populations et de mettre en évidence les lacunes de la recherche et les domaines à recommander pour des recherches supplémentaires.

En février 2020, la ou le bibliothécaire des sciences de la santé a effectué une recherche de mise à jour des études de recherche pertinentes publiées en anglais de la fin des dates de recherche initiales (août 2018) à février 2020 qui répondaient à la deuxième question de recherche avec des termes de recherche élargis afin d'inclure le milieu scolaire. En septembre 2020, la ou le bibliothécaire des sciences de la santé a effectué une recherche de mise à jour des études de recherche pertinentes publiées en anglais de la fin des dates de recherche originales (août 2018) à septembre 2020 qui répondent à toutes les autres questions de recherche. Cette recherche a été appliquée aux bases de données ci-après : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, PsychINFO, Embase, Emcare, ERIC (questions de recherche 6 et 7 uniquement). Les résultats de 93 études ont été intégrés dans les échanges sur les données dans toutes les recommandations. Voir les schémas PRISMA à l'**annexe G** sur les études incluses lors de la recherche de mise à jour.

Détermination du degré de certitude et de fiabilité des données

Certitude des données

La certitude des données quantitatives (par exemple, dans quelle mesure peut-on être sûr que l'estimation d'un effet est correcte?) est déterminé à l'aide des méthodes GRADE (16). Tout d'abord, la certitude des données est évaluée par résultat mis en priorité entre les études (c'est-à-dire l'ensemble des données probantes) de chaque question de recherche (16). Ce processus commence avec un modèle de l'étude, puis une évaluation de cinq domaines, à savoir les risques de partialité, l'incohérence, l'imprécision, et la partialité de publication, qui **réduisent**⁶ éventuellement la certitude des données de chaque résultat. Voir le **tableau 25** pour une définition de chaque critère de certitude.

Tableau 25 : Critères de certitude du système GRADE

CRITÈRES DE CERTITUDE	DÉFINITION
Risque de partialité	Limites du modèle de l'étude et de l'exécution qui peuvent biaiser les résultats de l'étude. Des outils d'évaluation valides et fiables de la qualité sont utilisés afin d'évaluer le risque de partialité. Tout d'abord, on évalue le risque de biais de chaque étude, puis il est étudié pour chaque résultat défini dans l'ensemble des études.
Incohérence	Différences inexplicables (hétérogénéité) des résultats d'une étude à l'autre. L'incohérence est évaluée en explorant l'ampleur de la différence et les explications possibles dans la direction et l'importance des effets signalés par l'ensemble des études pour un résultat établi.
Applicabilité	Variabilité entre la question de recherche et d'évaluation et le contexte où les recommandations seraient appliquées (applicabilité). Quatre facteurs du degré d'applicabilité sont évalués : <ul style="list-style-type: none"> ■ les différences quant à la population; ■ les différences des interventions; ■ les différences des résultats mesurés; ■ les différences des comparateurs.
Imprécision	Degré d'incertitude de l'estimation d'effet. Elle est généralement liée à la taille des échantillons et au nombre d'événements. Les études sont examinées en fonction de la taille de l'échantillon, du nombre d'événements et des intervalles de confiance.
Biais de publication	La publication sélective d'études en fonction de leurs résultats. En cas de forte suspicion de partialité de publication, on envisage la réduction de la certitude.

Source : Schunemann H., Brozek J., Guyatt G, et coll., éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>. Reproduction autorisée.

Après l'examen initial de la possibilité de déclasser le degré de certitude des données quantitatives, on procède à l'évaluation de trois facteurs susceptibles de d'accroître le degré de certitude des données pour les études par observation :

1. **L'ampleur de l'effet** : si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et que l'effet de l'intervention a été évalué comme ayant une grande ampleur, on peut envisager de le relever;
2. **Le gradient dose-réponse** : si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et qu'un gradient dose-réponse est présent, il est alors possible de le relever.
3. **L'effet d'une confusion plausible** : si l'ensemble des données probantes n'a pas été évalué à la baisse pour n'importe quel des cinq critères et que tous les facteurs de confusion résiduelle auraient comme résultat une sous-estimation des effets du traitement, une évaluation à la hausse est envisagée (16).

L'approche GRADE classe l'ensemble de la certitude des données probantes comme *élevée, modérée, faible* ou *très faible*. Voir au **tableau 26** les définitions de ces catégories.

Dans le cadre des présentes LDPE, les cinq critères d'une éventuelle évaluation quantitative des données probantes à la baisse et les trois critères d'une éventuelle évaluation qualitative des données probantes à la hausse de l'approche GRADE ont été évalués indépendamment par les deux méthodologues de l'élaboration des lignes directrices. Toute divergence a été résolue par consensus. Le degré de certitude des données probantes a été déterminée par recommandation à la lumière de ces évaluations. Le degré de certitude des données probantes attribué à chaque recommandation est déterminé en fonction de la certitude des résultats mis en priorité lors des études qui ont permis d'étayer ces recommandations.

Tableau 26 : Certitude des données probantes

CERTITUDE DES DONNÉES PROBANTES	DÉFINITION
Élevée	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyenne	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est moyen, et il est possible qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est faible, et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est très faible, et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Reproduit de : Schunemann H., Brozek J., Guyatt G. *et coll.*, éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>. Reproduction autorisée.

Fiabilité des données probantes :

Comme dans l'approche GRADE, il y a quatre **critères CERQual**⁶ d'évaluation du degré de fiabilité des résultats liés à un phénomène d'intérêt :

1. les limites méthodologiques;
2. la pertinence;
3. la cohérence;
4. l'adéquation.

Voir au **tableau 27** les définitions de ces critères.

Tableau 27 : Critères de qualité CERQual

CRITÈRES	DÉFINITION
Limites méthodologiques	Mesure dans laquelle le modèle ou la réalisation des études primaires qui ont fourni les données probantes à une revue individuelle de résultats suscitent des inquiétudes.
Cohérence	Évaluation de la clarté et de la conformité entre les données des études primaires et d'une revue de résultats qui synthétisent ces données. Par « conformité », on entend le fait d'être bien étayé ou convaincant.
Adéquation des données	Détermination du degré global de la richesse et de la quantité des données qui étayent une revue de résultats.
Pertinence	Mesure dans laquelle l'ensemble des données des études primaires étayant les constatations tirées de l'examen de la littérature est applicable au contexte (perspective ou population, phénomène étudié, contexte des soins) indiqué dans la question examinée dans le cadre de l'examen de la littérature.

Source : Tiré de : Lewin S., Booth A., Glenton C. et coll. « Applying GRADE-CERQUAL to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series ». *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):1-10. Tableau 2, Définitions des composantes de l'approche CERQual; p. 5. Reproduction autorisée.

Les deux méthodologues chargé.s de l'élaboration des lignes directrices ont évalué de manière indépendante les conclusions qualitatives relatives à deux résultats prioritaires selon ces quatre critères. Toute divergence a été résolue par consensus. Un jugement global sur la fiabilité de chaque revue de résultats a été fait selon les évaluations ci-dessus. (Voir au **tableau 28** la fiabilité des jugements sur les données probantes.) On a attribué aux recommandations qui s'appuyaient sur des données qualitatives un degré de fiabilité global des données selon les constatations correspondantes tirées de l'examen de la littérature.

Tableau 28 : Fiabilité des données

FIABILITÉ DES DONNÉES PROBANTES GLOBALES	DÉFINITION
Élevée	Il est fort probable que le résultat soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Modérée	Il est probable que le résultat soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Faible	Il est possible que le résultat de la revue de la littérature soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Très faible	Il est difficile de savoir si le résultat de la revue de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.

Source : Tiré de : Lewin S., Booth A., Glenton C. et coll. « Applying GRADE-CERQUAL to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series ». *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):1-10. Tableau 3 : Description du niveau de fiabilité d'une revue de résultats avec l'approche CERQual p. 6. Reproduction autorisée.

Formulation de recommandations

Synthèse des données probantes

Les deux méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices ont regroupé les études par thèmes de façon consensuelle pour chaque question de recherche. Ces thèmes ont servi de base pour ébaucher des énoncés de recommandation. Les deux méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices ont établi des profils de données probantes classés d'après la méthode GRADE et/ou GRADE CERQual pour chaque projet de recommandation. Les profils de données probantes d'après la méthode GRADE et ou GRADE CERQual sont utilisés pour présenter des décisions sur la détermination de la certitude et/ou de la fiabilité des données probantes, ainsi que l'information générale sur l'ensemble des données probantes de la recherche, y compris les résultats clés statistiques ou descriptifs.

Les profils de données probantes de l'ensemble des études quantitatives ont servi à présenter les décisions prises par les deux méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices fondées sur les cinq critères clés de certitude de l'approche GRADE en matière d'évaluation à la baisse des populations incluses dans les études, des pays où les études ont été réalisées, des résultats clés et des jugements transparents de certitude sous-jacents aux données probantes de chaque résultat(16). Les profils de preuve des études quantitatives ont servi à présenter l'importance relative des résultats tels que déterminés par le comité d'experts. Dans le cadre des présentes LDPE, des **méta-analyses**^G n'ont pas été réalisées; par conséquent les résultats ont été synthétisés de manière descriptive.

Des profils de données probantes CERQual ont été créés pour l'ensemble des données probantes qualitatives de chaque projet de recommandation, le cas échéant. Au même titre que les profils GRADE utilisés dans les recherches quantitatives, les profils de données probantes CERQual ont servi à présenter l'ensemble étayant chaque thème relatif aux résultats de chaque recommandation. Ces profils de données probantes ont servi à présenter les décisions prises par les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices de quatre principaux critères CERQual et les jugements transparents sur la fiabilité des données probantes de chaque thème.

Les profils de données probantes GRADE et CERQual pour chaque recommandation, organisés par résultat, peuvent être consultés en ligne à l'adresse suivante (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>.

Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes

Les **cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes**^G servent à présenter les recommandations proposées et résumant les facteurs et les considérations nécessaires fondés sur les données probantes disponibles et le jugement du comité d'experts pour formuler les énoncés de recommandation. Ces cadres sont utilisés afin de s'assurer que tous les facteurs importants (c'est-à-dire la certitude ou la fiabilité des données probantes, les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences et l'équité en matière de l'accès aux soins) requis pour formuler les énoncés de recommandation sont pris en compte par le comité d'experts (16). Ils intègrent à la fois des données probantes quantitatives et qualitatives. Les méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices ont préparé les cadres en se fondant sur les données probantes disponibles tirées des revues systématiques.

Dans le cadre des présentes LDPE, les cadres comprennent les éléments ci-après pour chaque énoncé de recommandation formulé (voir le **tableau 29**) :

- des données historiques sur l'ampleur du problème (y compris la question PICO et le contexte général lié à la question de recherche);
- le rapport entre les avantages et les effets néfastes d'une intervention;
- la certitude et/ou la fiabilité des données probantes;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Prise de décision : Détermination de la direction et de la force des recommandations

Les cadres ont été mis à la disposition des membres du comité d'experts pour une révision préalable à la réunion en personne de deux jours afin de déterminer la direction (c'est-à-dire une recommandation pour ou contre une intervention) et la force (c'est-à-dire forte ou conditionnelle) des recommandations des LDPE. Les membres du comité d'experts avaient également accès aux profils détaillés des données probantes et aux articles dans leur intégralité.

Les coprésidentes du comité d'experts et les deux méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices ont dirigé la réunion en personne de manière à ce que les discussions sur chacune des recommandations proposées soient menées en bonne et due forme.

La décision sur la direction et la force de chaque énoncé de recommandation a été prise au terme d'une discussion et d'un vote dont la majorité était fixée à au moins 70 % des membres votants du groupe. Le processus de vote, qui s'est déroulé dans l'anonymat, a été dirigé par les coprésidentes du comité d'experts et les deux méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices. Pour déterminer la force d'un énoncé de recommandation, les membres du comité d'experts ont été invités à tenir compte des éléments suivants (voir le **tableau 29**) :

- le rapport entre les avantages et les effets néfastes d'une intervention;
- la certitude et/ou la fiabilité des données probantes;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Tableau 29 : Facteurs clés de la détermination de la force des recommandations

FACTEUR	DÉFINITION	SOURCES
Avantages et effets néfastes	<p>Résultats potentiels désirables et indésirables mentionnés dans la littérature lorsque la pratique ou l'intervention recommandée est appliquée.</p> <p>[traduction] « Plus la différence entre les effets désirables et indésirables est grande, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est élevée. Plus le gradient est étroit, plus la probabilité qu'une recommandation est considérée comme étant conditionnelle est élevée. » (362).</p>	Comprend des recherches exclusivement fondées sur la une systématique de la littérature.
Degré de certitude et de fiabilité des données	<p>Le degré de confiance qu'un effet prévu est suffisamment probant pour justifier une recommandation. Le degré de confiance qu'un résultat tiré de l'examen de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène en question (363).</p> <p>Les recommandations sont considérées comme ayant différents degrés de certitude ou de fiabilité; plus le degré de certitude ou de fiabilité est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est grande (362).</p>	Études faisant l'objet de l'examen systématique de la littérature.
Valeurs et préférences	<p>L'importance ou la valeur relative des résultats de santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche axée sur la personne.</p> <p>Plus les valeurs et les préférences varient ou plus le degré d'incertitude des valeurs et des préférences est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est grande (362).</p>	Données tirées de l'examen systématique de la littérature (lorsqu'elles existent) et autres sources, comme les avis du comité d'experts.
Équité dans l'accès aux soins	<p>Les effets potentiels de la pratique ou de l'intervention recommandée sur les résultats de santé ou sur la qualité des soins de santé dans différentes populations.</p> <p>Plus le potentiel d'accroissement des inégalités d'accès aux soins de santé est important, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée (364).</p>	Données tirées de l'examen systématique de la littérature (lorsqu'elles existent) et autres sources, comme les avis du comité d'experts.

Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Schunemann H., Brozek J., Guyatt G. *et coll.*, éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>.

Formulation des énoncés de pratiques exemplaires

Suite à la réunion en personne, un énoncé de pratiques exemplaires a été élaboré par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices de la AIIAO afin de saisir la nécessité pour les fournisseurs de soins de santé de suivre les lignes directrices de dépistage établies, selon les disponibilités et les organes présents, et d'évaluer les membres de la communauté LGBTQI2+ pour les facteurs qui peuvent les placer à un risque accru de conditions de santé particulières. Les membres du comité d'experts ont reçu un questionnaire comportant les cinq questions suivantes relatives à chaque énoncé :

1. Cet énoncé est-il clair et réalisable?
2. Le message est-il nécessaire par rapport à la pratique actuelle dans le domaine de la santé?
3. Après examen de tous les résultats pertinents en matière de santé et des conséquences potentielles qui en découlent, la mise en œuvre de l'énoncé de pratiques exemplaires entraînera-t-elle des effets positifs nets importants?
4. Est-il nécessaire ou requis de procéder à une revue systématique des données probantes de cette recommandation?
5. Cet énoncé de pratique exemplaire s'appuie-t-il sur des données probantes claires et explicites?

Neuf des quatorze membres du comité ont rempli le questionnaire sur l'énoncé de pratiques exemplaires, et leurs résultats sont les suivants :

- Neuf des neuf participants ont répondu « oui » à la première question.
- Neuf des neuf participants ont répondu « oui » à la seconde question.
- Huit des neuf participants ont répondu « oui » à la troisième question.
- Sept des neuf participants ont répondu « non » à la quatrième question.
- Neuf des neuf participants ont répondu « oui » à la cinquième question.

L'énoncé de pratiques exemplaires a été complétée par une recherche ciblée de lignes directrices pour le dépistage des conditions de santé pour lesquelles les membres de la communauté LGBTQI2+ sont à risque et pour des lignes directrices propres à la communauté LGBTQI2+. Des recherches ont été faites auprès des organisations de dépistage et de prévention, telles qu'Action Cancer Ontario et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, ainsi que des organisations de santé LGBTQI2+ établies, telles que Santé arc-en-ciel Ontario. Les membres du comité d'experts ont également suggéré des lignes directrices pour l'inclusion. Les lignes directrices ont été évaluées à l'aide de l'outil AGREE II (173).

Ressources de soutien et annexes

Les membres du comité d'experts et les parties prenantes ont soumis du contenu pour les ressources de soutien et les annexes tout au long du processus d'élaboration des lignes directrices. Les deux méthodologues ont examiné les ressources justificatives et le contenu des annexes en fonction des cinq critères suivants :

1. **La pertinence** : les ressources justificatives et le contenu des annexes doivent être pertinents à l'objet du LDPE ou à la recommandation. Autrement dit, la ressource ou l'annexe doit être adaptée et appropriée à l'objet et au champ d'application de la LDPE ou à la (aux) recommandation(s) concernée(s).
2. **L'actualité** : les ressources doivent être récentes et à jour. Les ressources doivent être publiées au cours des dix dernières années ou être en conformité avec les données probantes actuelles.
3. **La crédibilité** : l'évaluation de la crédibilité tient compte de la fiabilité et de l'expertise de l'auteur ou de l'organisme qui a rédigé la ressource. On évalue également parti-pris tels que la présence des publicités ou l'affiliation des auteurs auprès d'une société privée vendant les produits de soin de santé.
4. **La qualité** : ce critère évalue l'exactitude des informations et la mesure dans laquelle la source se fonde sur les données probantes. L'évaluation de la qualité est liée à l'objet de la ressource. On évalue, par exemple, si un outil proposé est fiable et/ou valable.
5. **L'accessibilité** : ce critère indique si la ressource est offerte gratuitement et si elle est accessible en ligne.

Rédaction de la ligne directrice

L'ébauche des présentes LDPE a été rédigée par les méthodologues chargées de l'élaboration des lignes directrices. Les membres du comité d'experts l'ont passé en revue et ont fait part de leurs commentaires par écrit. Les LDPE ont ensuite été soumises à des intervenants externes aux fins de revue.

Examen par des intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de la ligne directrice, la l'AIIAO s'est engagée à obtenir les commentaires des intervenants suivants : a) du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé pratiquant dans un large éventail de contextes; b) du personnel d'administration et des bailleurs de fonds bien informés du domaine des services de santé; c) des associations d'intervenants.

Les intervenants qui ont participé à l'examen des LDPE de l'AIIAO ont été sélectionnés selon deux méthodes. Le recrutement des intervenants s'effectue d'abord au moyen d'un appel public affiché sur le site Web de l'AIIAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder, en anglais). Seconde méthode : l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la AIIAO et les membres du comité d'experts sélectionnent des personnes et des organisations ayant une expertise dans le domaine des lignes directrices, puis les invitent à participer à la revue.

Les intervenants qui ont participé à la revue ont une expertise sur l'objet des lignes directrices ou sont susceptibles d'être concernés par sa mise en œuvre. Il peut s'agir de personnel infirmier, de membres de l'équipe interprofessionnelle, de personnel infirmier gestionnaire, de personnel administratif, d'experts en recherche, de formateurs, d'étudiantes et d'étudiants en sciences infirmières ou de personnes ayant une expérience concrète et de leurs proches.

On demande aux réviseurs de lire l'intégralité du projet de lignes directrices et de participer à leur revue avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Ils sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- La revue de données probantes à l'appui de cette recommandation est-elle exhaustive et claire, et ces données corroborent-elles la recommandation?

Les intervenants ont également été invités à répondre aux questions suivantes :

- Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions au sujet de la section relative au contexte des lignes directrices?
- Êtes-vous d'accord avec la formulation des principaux concepts et leurs définitions?
- Les ressources documentaires et les annexes figurant dans les présentes lignes directrices sont-elles pertinentes?
- Le titre rédigé est-il clair et approprié?

Les intervenants ont été invités à répondre aux questions suivantes sur les indicateurs d'évaluation :

- Ces indicateurs sont-ils pertinents à votre contexte de pratique?
- Avez-vous des suggestions pour d'autres indicateurs et/ou mesures?

Les membres de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont compilé les réponses au questionnaire et fait une synthèse des commentaires. Avec le comité d'experts, l'AIIAO révisé et considère tous les commentaires et, au besoin, modifie le contenu des lignes directrices ses recommandations avant la publication pour tenir compte des commentaires reçus.

Le processus de réévaluation par les intervenants des présentes LDPE a eu lieu du 30 novembre 2020 au 8 janvier 2021. Différentes perspectives ont permis de recueillir des commentaires (voir les **Remerciements aux intervenants**).

Procédure de mise à jour de la présente ligne directrice

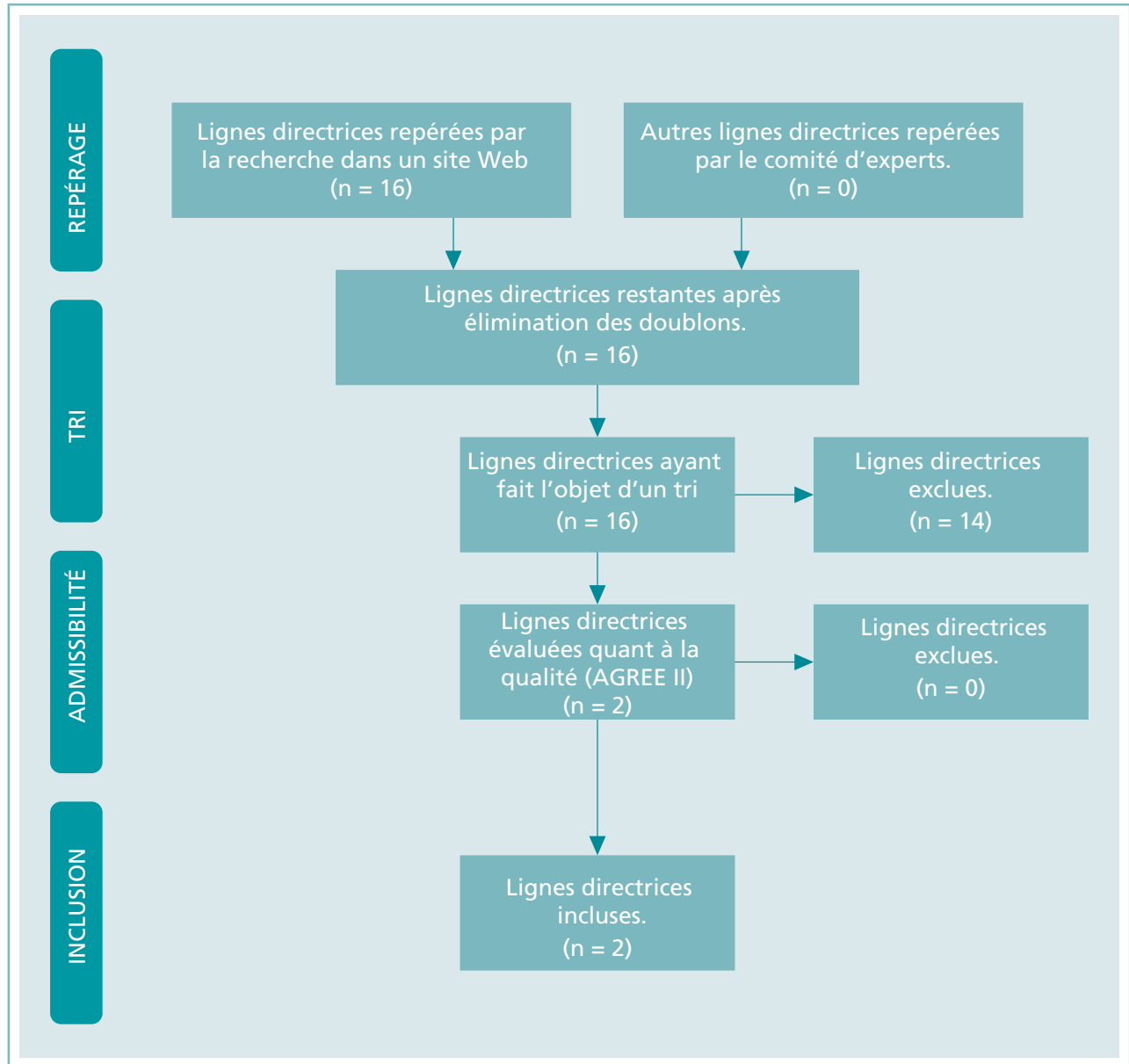
L'AIIAO s'engage à ce que toutes les LDPE soient mises à jour comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de la dernière édition.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires procède périodiquement à l'examen de nouvelles revues systématiques de la littérature, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents au domaine.
3. Il peut ainsi recommander qu'une LDPE fasse l'objet d'une révision anticipée. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision de mesurer et de réviser les LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier la révision de la façon suivante :
 - a) en compilant les commentaires reçus, les questions soulevées au cours de la mise en œuvre des LDPE et les commentaires et expériences d'OVPE^{MD} et d'autres organisations ayant appliqué les LDPE.
 - b) en établissant une liste de nouvelles lignes directrices cliniques pertinentes du domaine et en précisant l'objet et le champ d'application des LDPE.
 - c) en établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des solutions à livrer pour l'élaboration d'une nouvelle édition des LDPE.
 - d) en désignant, en collaboration avec la directrice générale de la AIIAO, les coprésidents potentiels du comité d'experts en charge des LDPE.
 - e) en dressant une liste de spécialistes et d'experts dans le domaine pour leur éventuelle participation au comité d'experts. Le comité d'experts sera composé de membres du comité d'experts initial et de nouveaux membres.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.

Annexe G : Schéma PRISMA de la recherche des lignes directrices et les revues systématiques de la littérature

Revue des lignes directrices

Figure 2 : Schéma de procédé la revue des lignes directrices

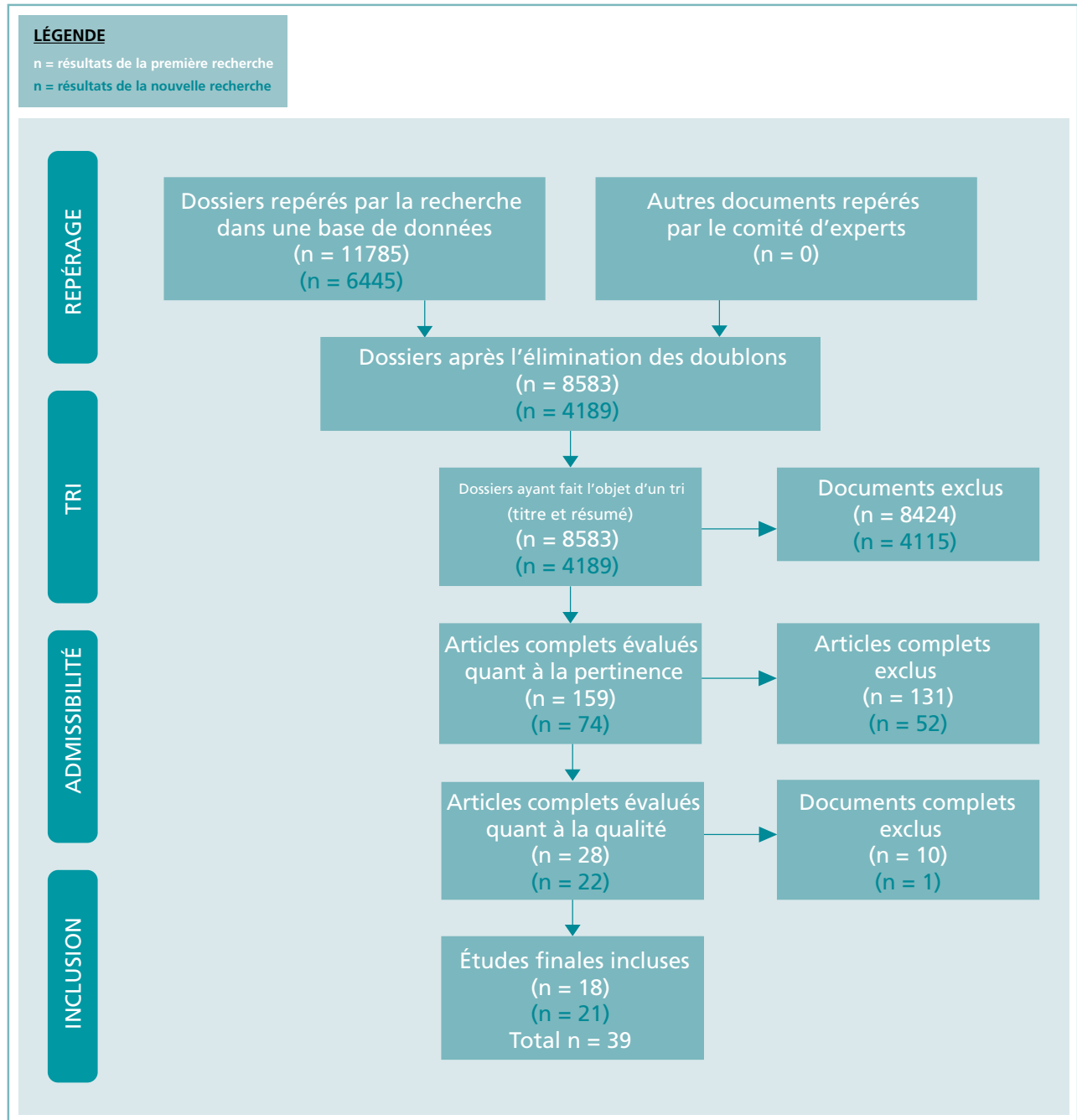


Les lignes directrices retenues devaient avoir un score global AGREE II d'au moins 4 (sur 7). Deux lignes directives ont été incluses et utilisées comme justificatifs.

Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., *et coll.* « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figure 3 : Question de recommandation n° 1 : Diagramme du processus de revue des articles

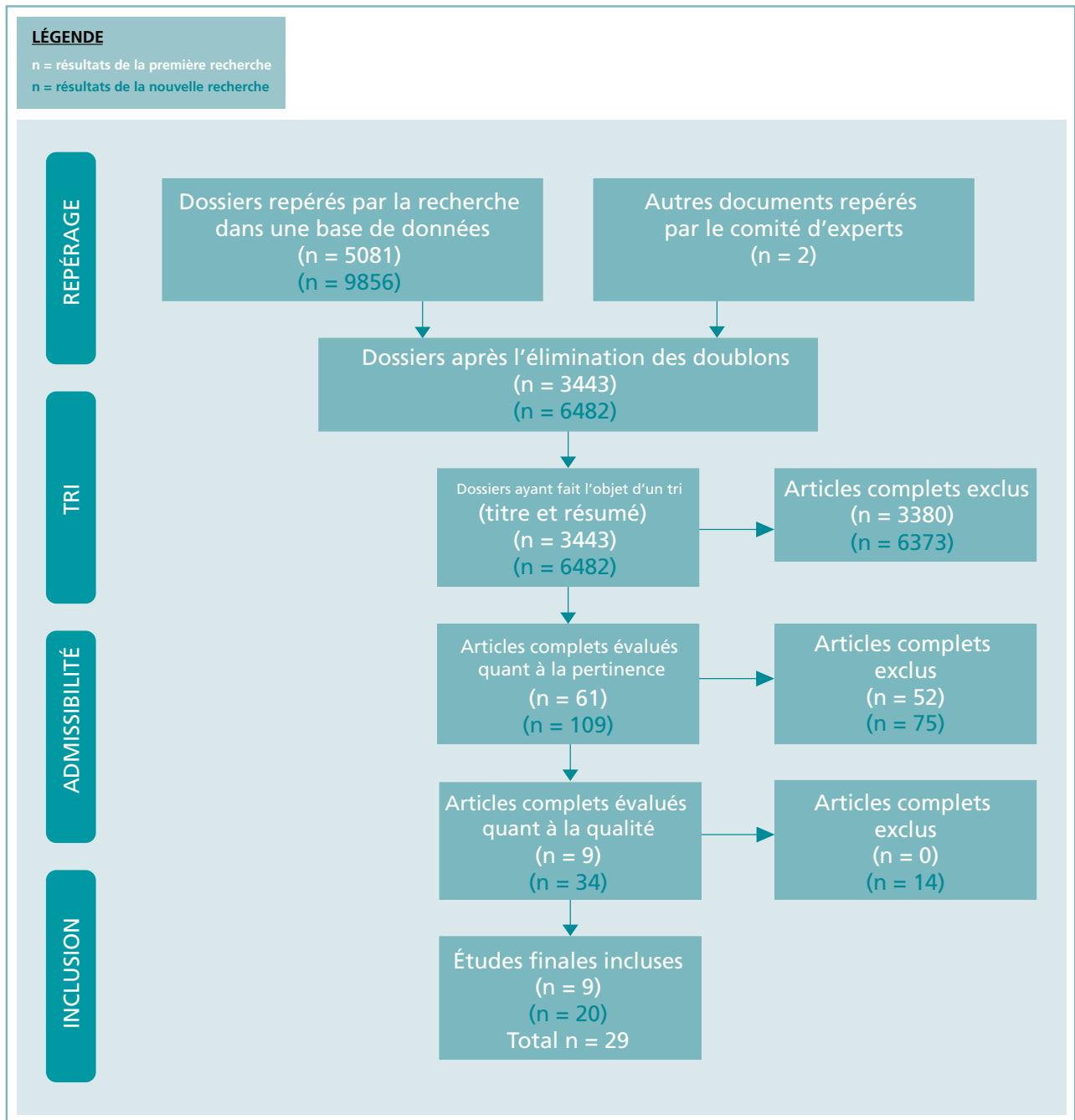
Quelles sont les stratégies de communication à recommander pour améliorer les soins qui sont prodigués aux membres de la communauté LGBTQI2+?



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figure 4 : Question de recommandation n° 2 : Diagramme du processus de revue des articles

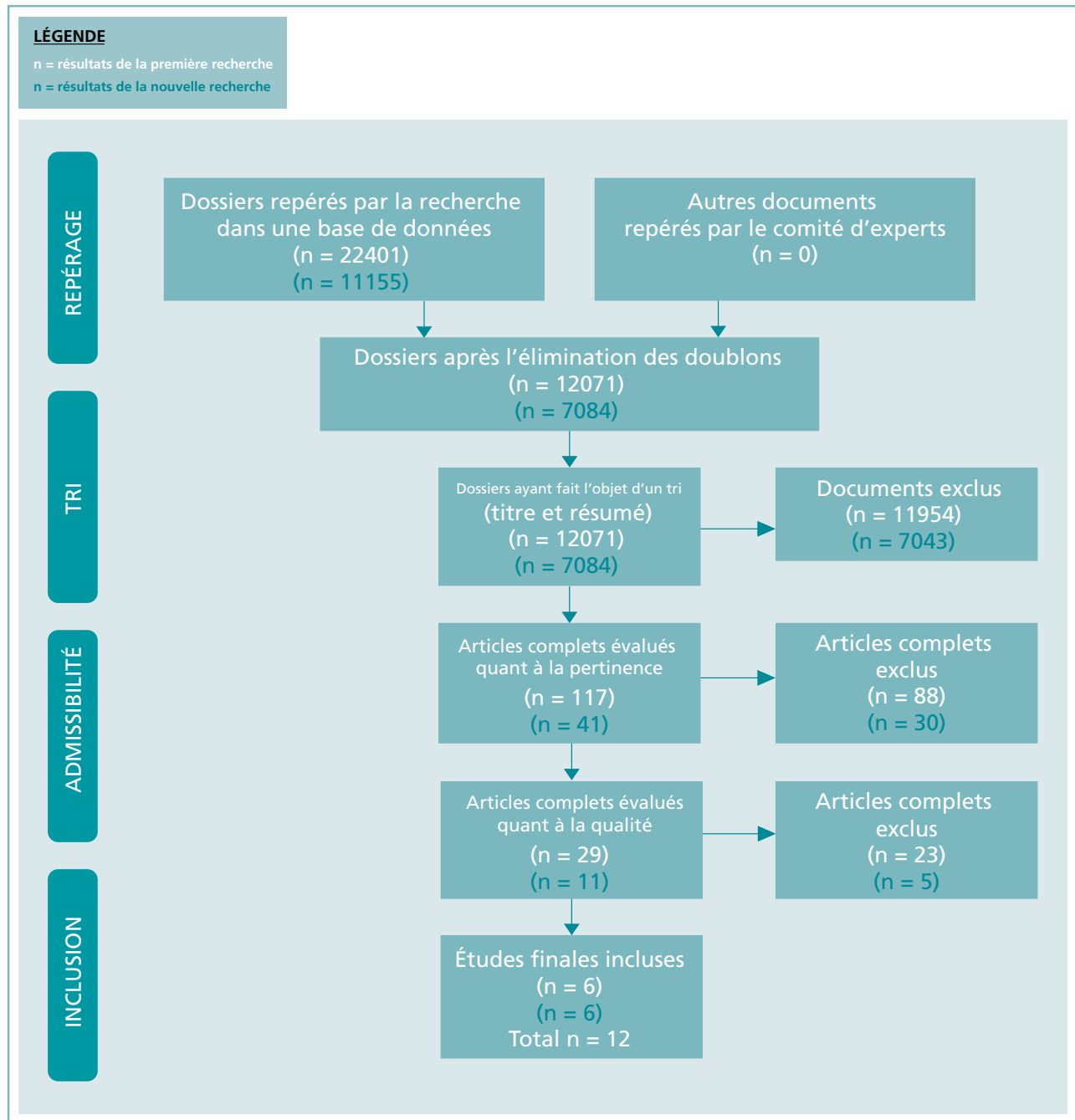
Faut-il recommander la création d'espaces sûrs dans les organisations de services de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figure 5 : Question de recommandation n° 3 : Diagramme du processus de revue des articles

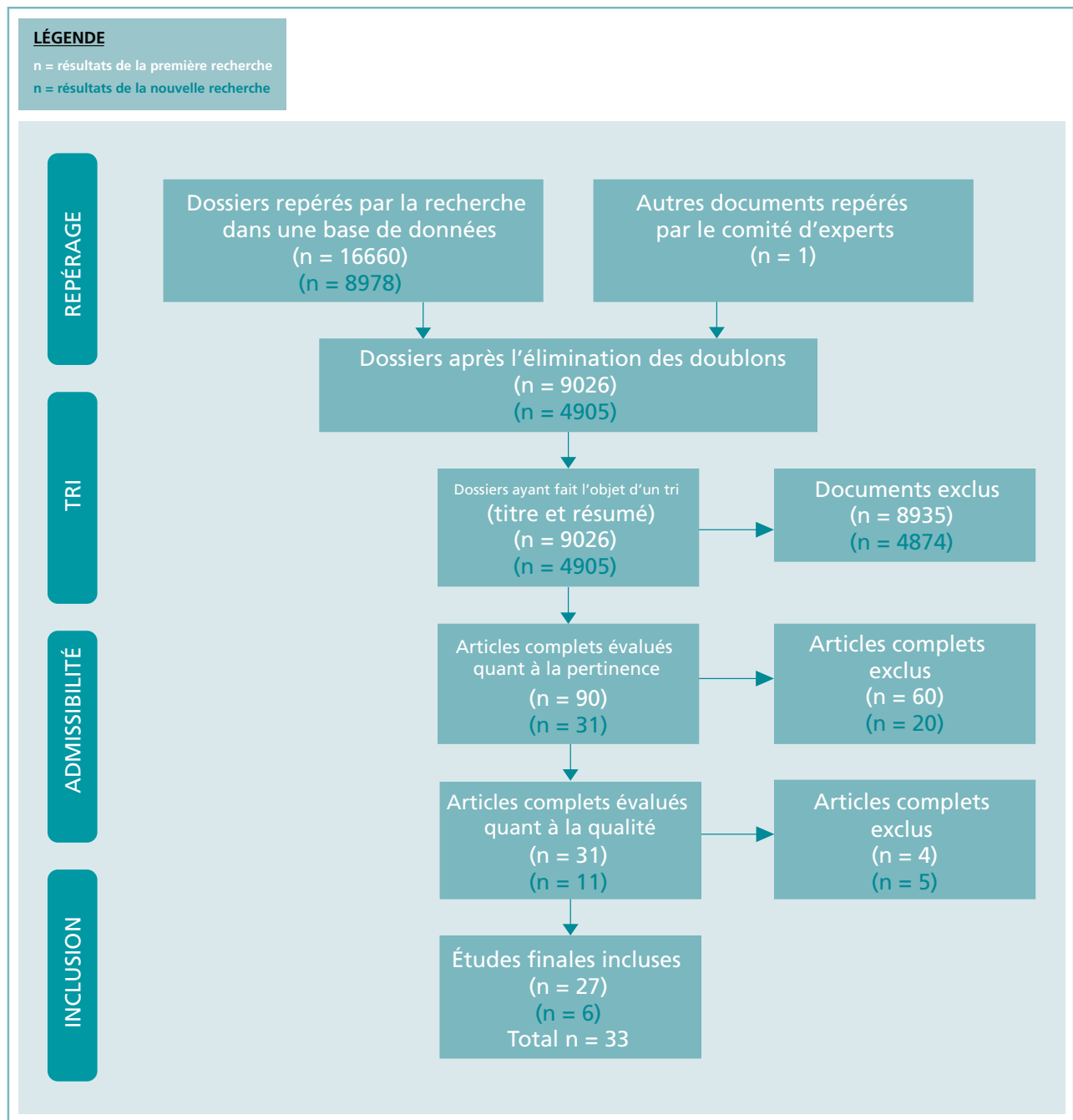
Faut-il recommander la promotion du dépistage des risques par les fournisseurs de soins de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figure 6 : Question relative à la recommandation n° 4 : Diagramme du processus de revue des articles

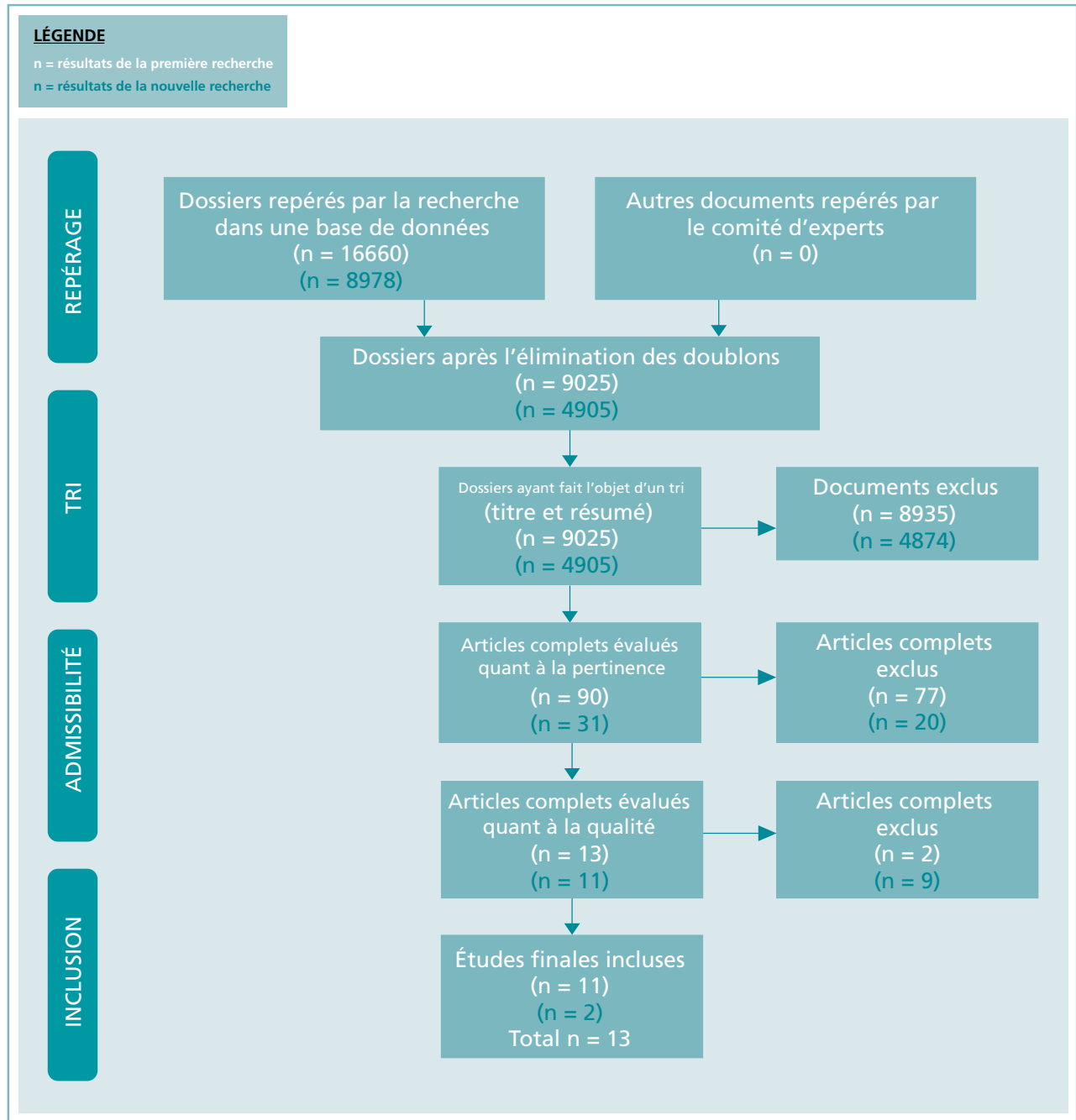
Faut-il recommander les interventions cliniques de groupe ciblant des problèmes de santé pour améliorer les soins offerts aux membres de la communauté LGBTQI2+?



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figure 7 : Question relative à la recommandation n° 5 : Diagramme du processus de revue des articles

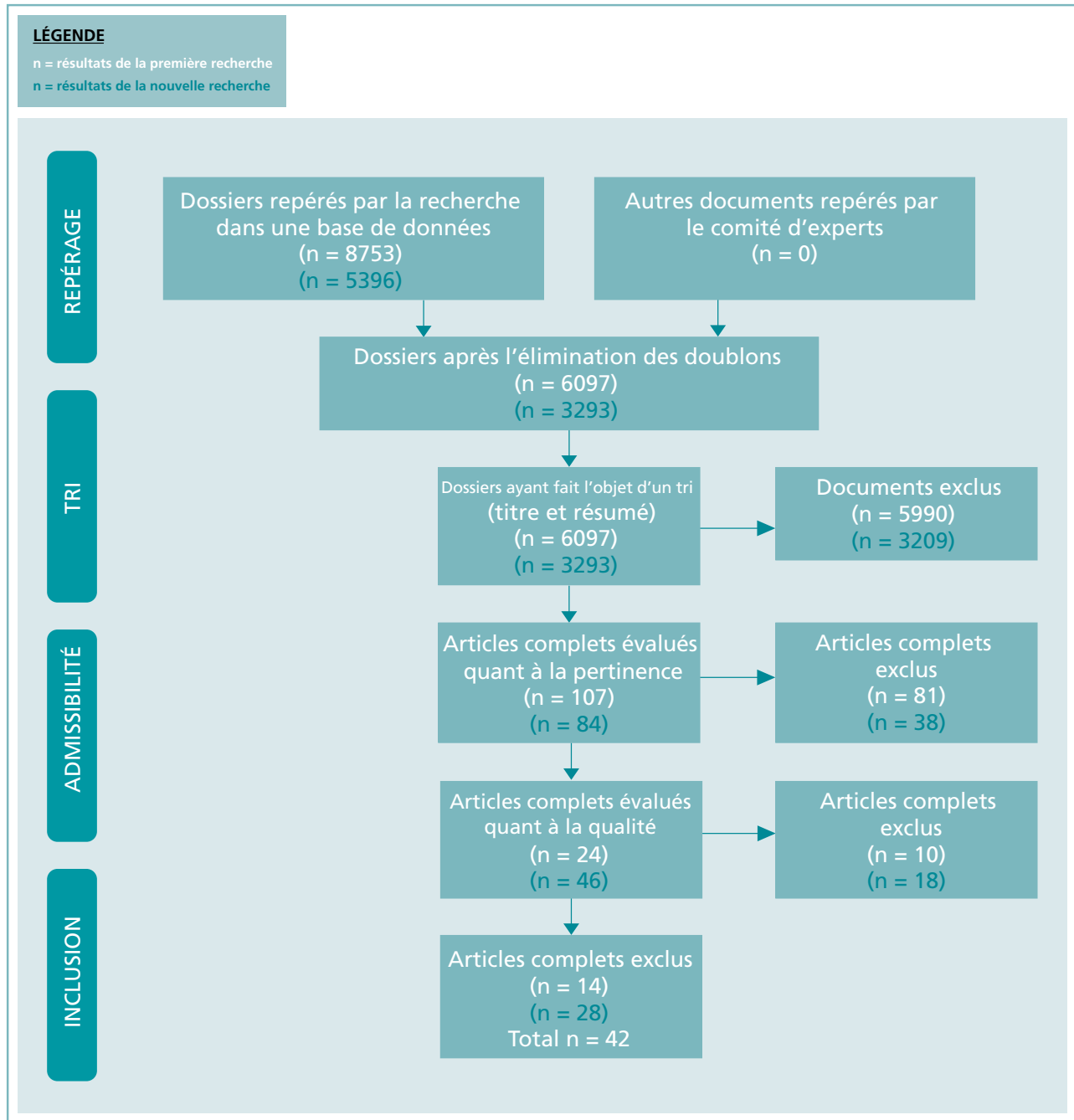
Est-ce que les intervention de groupe devraient être recommandées pour améliorer la prise en charge des membres de la communauté LGBTQI2+?



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figure 8 : Question relative à la recommandation n° 6 : Diagramme du processus de revue des articles

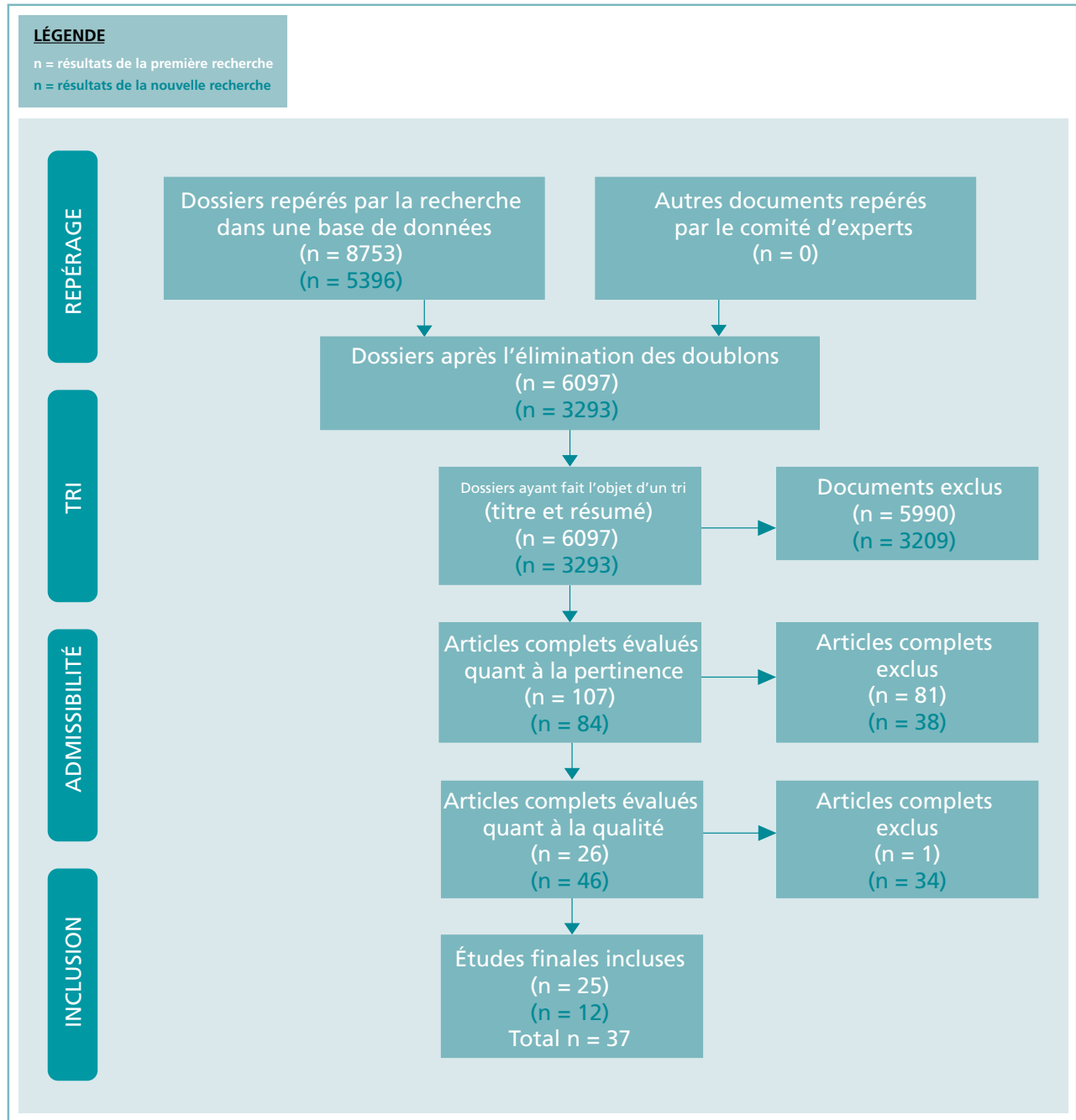
Faut-il intégrer du contenu en matière de santé relatif aux membres de la communauté LGBTQI2+ dans la formation professionnelle des étudiant(e)s qui s'orientent vers des professions de la santé?



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figure 9 : Question relative à la recommandation n° 7 : Diagramme du processus de revue des articles

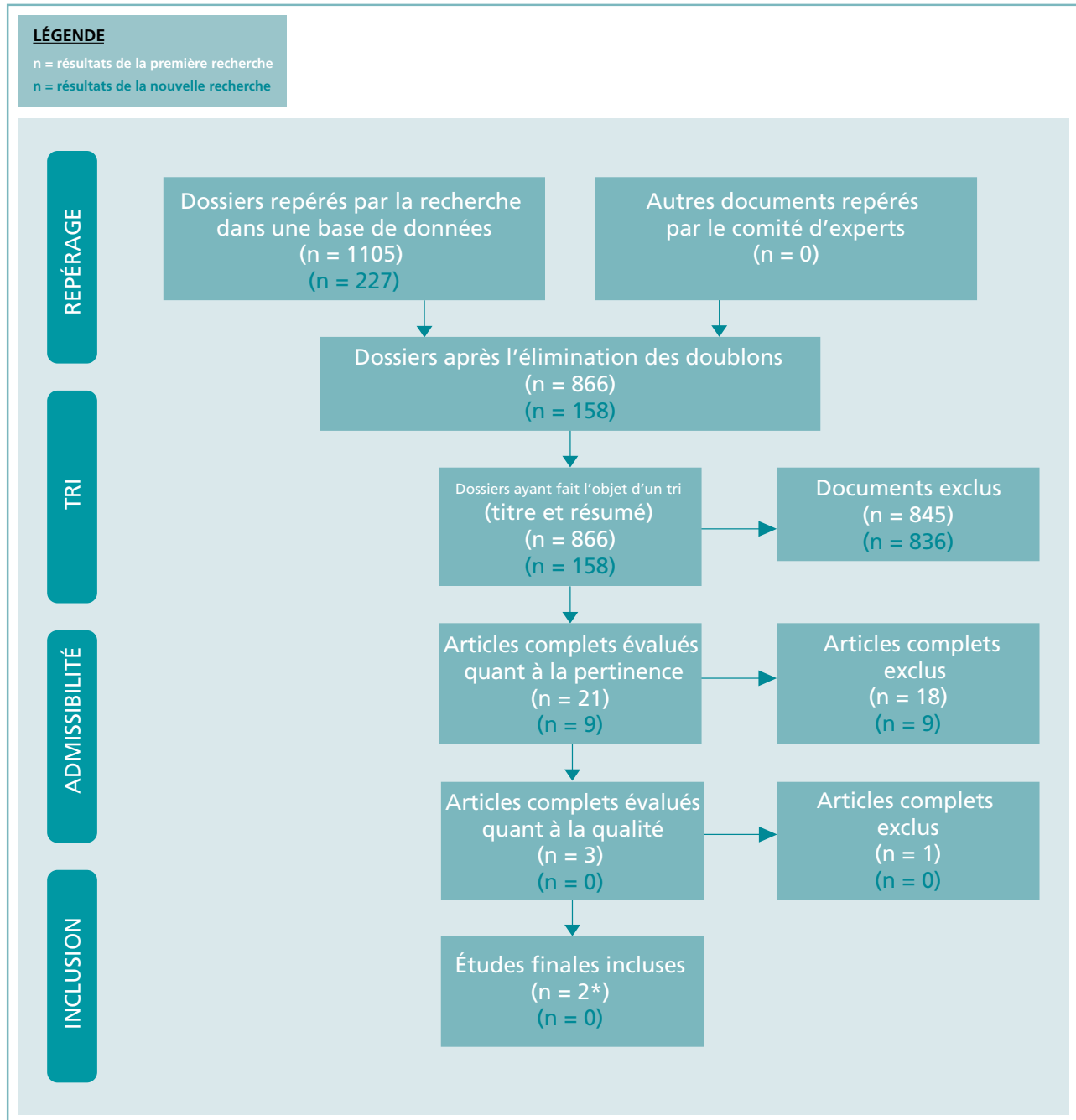
Faut-il recommander une formation continue aux fournisseurs de soins de santé en matière d'amélioration des soins aux membres de la communauté LGBTQI2+?



Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figure 10 : Question relative à la recommandation n° 8 : Diagramme du processus de revue des articles

Est-ce que les espaces sûrs réservés aux résidents à long-terme membres de la collectivité LGBTQI2+ devraient être recommandés en matière d'amélioration des soins offerts à ces résidents?



* **Remarque :** ces deux études ont été incluses dans la question de recommandation n° 2.

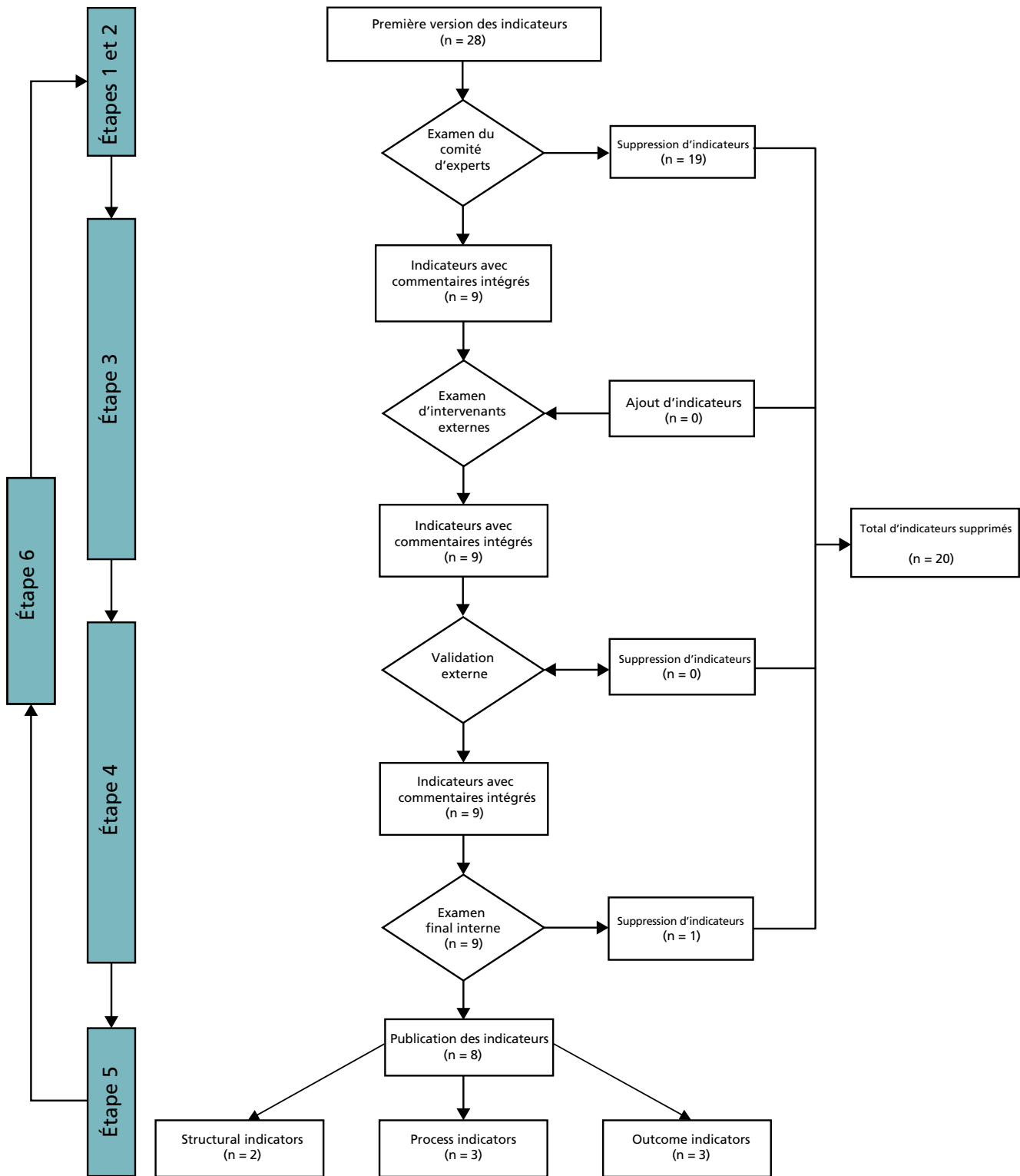
Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Annexe H : Processus d'élaboration des indicateurs

Les étapes du processus d'élaboration des indicateurs de la AIIAO sont résumées ci-dessous (voir la **figure 11**) :

1. **Sélection des lignes directrices.** Les indicateurs sont élaborés pour des lignes directrices axées sur les priorités du système de santé, l'accent étant mis sur la réduction des lacunes dans les indicateurs tout en allégeant les exigences en matière de signalement des constatations.
2. **Extraction des recommandations.** Les pratiques recommandées, les résultats globaux des lignes directrices et les ensembles d'ordonnances des LDPE (BPG Order Sets^{MC}, si applicables) sont examinés afin d'en extraire des mesures potentielles de l'élaboration d'indicateurs.
3. **Sélection et élaboration d'indicateurs.** La sélection et l'élaboration des indicateurs se font selon une méthodologie établie, notamment l'alignement sur des référentiels de données externes et des bibliothèques de données d'information sur la santé.
4. **Essai pratique et validation.** Les indicateurs proposés sont validés en interne par une validation apparente et de contenu, et en externe par des représentants d'organisations nationales et internationales.
5. **Mise en œuvre.** Les indicateurs sont publiés dans un tableau d'évaluation et de suivi et un recueil de données publiées sur le site Web du NQuIRE (en anglais) : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-LGBTQI2+-health-equity>.
6. **Mesure et évaluation de la qualité des données.** La mesure et l'évaluation de la qualité des données ainsi que la rétroaction continue des OVPE permettent d'assurer que les indicateurs NQuIRE évoluent de manière appropriée.

Figure 11 : Diagramme du processus d'élaboration des indicateurs




Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement ». *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Annexe I : Exemples de pronoms inclusifs (en anglais)

Les pronoms ci-après représentent les multiples options qu'une personne peut utiliser, selon le Centre canadien de la diversité des genres et de la sexualité. Pour une liste plus détaillée, voir le **tableau 30** de l'Université du Wisconsin. Aucun de ces tableaux ne représente une liste exhaustive de tous les pronoms qui pourraient être utilisés.

Veillez noter qu'une personne n'est pas tenue d'utiliser les pronoms.

Figure 12 : Tableau des pronoms

						
		PRONOUN CHART/TABLE DE PRONOM				
	TITLE /TITRE	SUBJECT /SUJET	OBJECT /OBJET	PRONOUN /PRONOM	PRONUNCIATION /PRONONCIATION	
GENDER BINARY /BINAIRE DU GENRE	Ms/Mrs	she	her	hers	(as it appears)	
	Mr	he	him	his	(as it appears)	
	M ^{lle} /M ^{me}	elle	elle/la	sa	(comme il apparaît)	
	M	il	lui	son	(comme il apparaît)	
GENDER NEUTRAL /NEUTRE DE GENRE	Mx	they	them	their	(mix, as it appears)	
	Mx	ze	hir	hirs	(mix, zhee, here, heres)	
	Mx	ze	zir	zirs	(mix, zhee, zhere, zheres)	
	Mx	xe	xem	xyr	(mix, zhee, zhem, zhere)	
	M ^x	os/ol	lo/sol	so	(comme il apparaît)	
	M ^x	eil/yel	lo/sol	so	(comme il apparaît)	

Source : Reproduit de : Centre canadien pour la diversité des sexes et des sexualités. Tableau des pronoms [Internet]. [lieu inconnu]: Le Centre canadien pour la diversité des sexes et des sexualités, 2020. Accessible sur la page Web : <https://ccgsd-ccdgs.org/wp-content/uploads/2020/09/Gender-binary-1.pdf>.
Reproduction autorisée.

Tableau 30 : Liste des pronoms inclusifs (en anglais)

HE/SHE	HIM/HER	HIS/HER	HIS/HERS	HIMSELF/ HERSELF
they	them	their	theirs	themselves
fae	faer	faer	faers	faerself
ae	aer	aer	aers	aerself
per	per	pers	pers	perself
xe	xem	xyr	xyrs	xemself
ze/zir	hir	hir	hirs	hirsself
zie	zim	zir	zis	zieself
sie	sie	hir	hirs	hirsself
ey	em	eir	eirs	eirself
ve	ver	vis	vers	verself
tey	ter	tem	ters	terself
e	em	eir	eirs	emself

Source : Reproduit de : Université du Wisconsin. *Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer plus (LGBTQ+) resource center* [Internet]. Milwaukee : Université de l'Iowa; 2020. Accessible sur la page Web : <https://uwm.edu/lgbtrc/support/gender-pronouns/>. Reproduction autorisée.




Annexe J : Exemples de symboles et de drapeaux inclusifs

Les drapeaux et symboles inclusifs suivant constituent des exemples et non une liste complète ni exhaustive. Les images, les symboles et les drapeaux peuvent évoluer au fil du temps et dans l'espace.

Pour les organisations qui envisagent l'utilisation d'un drapeau comme un élément parmi d'autres de la création d'un espace plus sécurisé, consultez vos groupes locaux de défense des droits des membres de la communauté LGBTQI2+ pour vous assurer que vous choisissez un drapeau qui est représentatif du contexte local.

Tableau 31 : Exemples de symboles et de drapeaux inclusifs

NOM DE L'INDICATEUR OU DU SYMBOLE	IMAGE	DESCRIPTION
Drapeau arc-en-ciel de Philadelphie		Deux bandes ont été ajoutées aux six bandes du drapeau arc-en-ciel afin d'inclure les personnes de couleur membres des communautés LGBTQI2+ (365).
Triangle de l'espace positif		Le triangle arc-en-ciel combine deux images courantes utilisées dans les communautés LGBTQ+. Le drapeau arc-en-ciel est devenu un symbole de fierté pour les minorités sexuelles du monde entier (366). Les gais et les lesbiennes ont utilisé le triangle comme un symbole d'identification et de solidarité contre l'oppression. Sous le régime nazi, les homosexuels dans les camps de concentration portaient des triangles roses.
Drapeau du progrès		Ce nouveau drapeau vise à approfondir l'approche inclusive de Philadelphie. Daniel Quasar, qui s'identifie comme queer et non-binaire, a conçu cet indicateur. Le blanc, le rose et le bleu clair reflètent les couleurs de l'indicateur trans, tandis que les bandes marron et noires représentent les personnes de couleur et celles qui sont mortes du sida (365).

NOM DE L'INDICATEUR OU DU SYMBOLE	IMAGE	DESCRIPTION
<p>Drapeau arc-en-ciel (traditionnel)</p>		<p>C'est l'indicateur le plus connu. En 1979, la communauté s'est arrêtée sur cette version en six couleurs, qui a été accrochée aux lampadaires de San Francisco (365). Chaque couleur de l'arc-en-ciel représente quelque chose : le rouge représente la vie, l'orange la guérison, le jaune la lumière du soleil, le vert la nature, le bleu l'harmonie et le violet l'esprit.</p>
<p>Drapeau trans</p>		<p>Monica Helms, une femme transgenre, a conçu cet indicateur en 1999, et il a été déployé pour la première fois lors d'une parade de la fierté à Phoenix un an plus tard. Helms note que [traduction] « le bleu clair est la couleur traditionnelle des bébés garçons, le rose est celle des filles, et le blanc au milieu est pour ceux qui sont en transition, ceux qui pensent avoir un genre neutre ou pas de genre, et ceux qui sont intersexués » (365).</p>
<p>Drapeau bispirituel</p>	 <p>Reproduit de : Two-Spirited People of Manitoba Inc. [Internet]. Winnipeg, Manitoba ; 2019. Accessible sur la page Web : https://twospiritmanitoba.ca/ Reproduction autorisée par Albert McLeod.</p>	<p>Voici un exemple de drapeau bispirituel, qui intègre le drapeau arc-en-ciel traditionnel et une roue médicinale autochtone. Le drapeau a été conçu par Albert McLeod. Plusieurs autres drapeaux ou symboles qui peuvent être utilisés en matière de la représentation de la bispiritualité.</p>

Annexe K : Ressources autochtones bispirituelles et LGBTQI+

Remarque : toutes les adresses URL étaient actives au 3 mai 2021.

Tableau 32 : Liste des ressources autochtones bispirituelles et LGBTQI+

RESSOURCE	SITE WEB	DESCRIPTION
PUBLICATION		
<i>C2C: Two Spirit & Queer People of Colour Call to Conversation with LGBT & Allies</i>	https://www.uwinnipeg.ca/c2c/	Conclusions et appels à l'action.
Hunt S. « An introduction to the health of two-spirit people: Historical, contemporary and emergent issues ». Prince George (C.-B.) : Centre national de collaboration de la santé autochtone, juin 2016.	https://www.familleslgbt.org/documents/pdf/HealthTwoSpirit_FRA.pdf	Un aperçu de certaines considérations et inégalités dont sont victimes les personnes bispirituelles en matière de santé.
Laing, M. <i>Two-Spirit Conversations with Young Two-Spirit, Trans and Queer Indigenous People in Toronto</i> [Internet]. Toronto, (Ontario) : (n.d.). [cité le 29 avril 2021].	https://www.twospiritresearchzine.com/	Zine basé sur un projet de thèse basé sur des discussions avec des jeunes bispirituels, transgenres et les queer. Le sens et l'utilisation du terme «bispirituel» est exploré.
L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [Internet]. Canada : 2017 [cité le 16 avril 2021].	https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/	Réclamer notre pouvoir et notre place. Le volume 1b traite des appels à la justice propres aux membres de la communauté LGBTQI2+.

RESSOURCE	SITE WEB	DESCRIPTION
Thunderbird Partnership Foundation. Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Bothwell (Ontario) : 2015	https://thunderbirdpf.org/first-nations-mental-wellness-continuum-framework/?lang=fr	Rapport et cadre pour favoriser la compréhension du mieux-être mental des Premières Nations.
<i>Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action [Internet] Winnipeg (Manitoba) : 2017 [cité le 16 avril 2021].</i>	http://www.trc.ca/index-fr	Première journée de la Commission de vérité et réconciliation : rapports, conclusions et appels à l'action.
ORGANISATIONS AUTOCHTONES		
Anishnawbe Health Toronto	https://www.aht.ca/	Amélioration en matière de santé et de bien-être des populations autochtones sur le plan spirituel, mental, émotionnel et corporel en proposant des soins traditionnels dans le cadre d'un modèle de soins de santé pluridisciplinaire.
Réseau canadien autochtone du SIDA	https://caan.ca/ https://caan.ca/wp-content/uploads/2012/05/CAAN_homophobia_e_FINAL.pdf	Forum national pour les peuples autochtones afin d'aborder de manière globale les questions liées au VIH et au SIDA, au VHC, aux ITSS, à la tuberculose, à la santé mentale, au vieillissement et aux comorbidités connexes. Rapport sur la lutte contre l'homophobie liée au SIDA dans les communautés autochtones.
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	https://indigenousnurses.ca/	Amélioration de la santé des peuples autochtones en soutenant le personnel infirmier autochtone et en promouvant le développement et la pratique des soins infirmiers en santé autochtone.

RESSOURCE	SITE WEB	DESCRIPTION
Edmonton Two-Spirit Society	http://e2s.ca/	Site web d'information et de ressources bispirituelles.
Réseau Enchanté	https://enchantenetwork.ca/fr/	Réseau national d'organisations bispirituelles et LGBTQ.
Association des médecins autochtones du Canada	https://www.ipac-amac.ca/	Utilisation de leurs compétences, leurs capacités et leurs expériences pour améliorer la santé (au sens large) de nos nations, de nos communautés, de nos familles et de nous-mêmes.
Institut de la santé des Autochtones	https://cihr-irsc.gc.ca/f/8668.html	Institut spécialisé en santé des Autochtones et faisant partie des Instituts de recherche en santé du Canada.
Two-Spirited People of the First Nations (Toronto)	www.2spirits.com	Site web d'information et de ressources bispirituelles.
Native Youth Sexual Health Network (Canada et États-Unis)	http://www.nativeyouthsexualhealth.com/index.html	Site web d'information et de ressources bispirituelles.
Fierté Canada	https://fiertecanadapride.org/2spiritstories/	Histoires bispirituelles.
Toronto Council Fire Native Cultural Centre	https://councilfire.ca/	Sert la communauté du cœur du centre-ville de Toronto en s'engageant à assurer sa santé, sa sécurité et son bien-être.

RESSOURCE	SITE WEB	DESCRIPTION
Two-Spirited People of Manitoba	https://twospiritmanitoba.ca/	Une ressource communautaire visant à aider les personnes autochtones bispirituelles ou membres de la communauté LGBTQ en matière d'amélioration leur vie.
Two-Spirit Archive University of Winnipeg [Internet]. Winnipeg (Manitoba) 2017 [cité le 16 avril 2021].	https://archives.uwinnipeg.ca/our-collections/Two-Spirit-archives.html https://main.lib.umanitoba.ca/albert-mcleod-fonds https://main.lib.umanitoba.ca/connie-merasty-fonds	Un centre de recherche de renommée internationale qui répond aux besoins de la communauté bispirituelle. Rend les personnes bispirituelles plus visibles, et le conseil des archives bispirituelles veille à ce que les personnes bispirituelles soient au cœur de la préservation de l'histoire de leurs contributions à la société. Archives bispirituelles aux États-Unis.
« Two-Spirit Papers. University of Minnesota ». Dans : Jean Nikolaus Tretter collection in GLBT studies [Internet]. Minneapolis (Minnesota) : date inconnue [cité le 16 avril 2021].	https://archives.lib.umn.edu/repositories/13/resources/2092	
Two Spirits in Motion	https://2spiritsinmotion.com/	Environnement social sécurisé et favorable aux personnes bispirituelles.
Wabanaki Two-Spirit Alliance (Canada atlantique)	http://w2sa.ca/	Site web d'information et de ressources sur les personnes bispirituelles.

RESSOURCE	SITE WEB	DESCRIPTION
FILM, VIDÉOS ET HISTOIRES DE RÉUSSITE		
<i>First Stores: Two Spirited (Canada)</i>	https://www.nfb.ca/film/first_stories_two_spirited/	Vidéo de l'Office national du film du Canada.
<i>Dr. James Makokis: a 2 Spirit Indigenous (Cree) physician</i>	https://www.youtube.com/watch?v=MSnvtj0G3cA	Vidéo détaillant le travail du Dr Makokis avec les personnes bispirituelles et transgenres dans le nord de l'Alberta.
Ryerson School of Journalism	http://trc.journalism.ryerson.ca/taking-a-walk-in-two-worlds/ https://trc.journalism.ryerson.ca/reclaiming-two-spirit-health-in-toronto/	Deux articles de la Ryerson School of Journalism sur les personnes bispirituelles.
Second Stories – Deb-we-win Ge-ken-am-ann, Our Place in the Circle (Canada)	https://www.nfb.ca/film/second_stories_our_place_in_the_circle/	Vidéo documentaire de l'Office national de film du Canada.
Face à face avec Jack Saddleback (Canada)	https://www.youtube.com/watch?v=gJs4fy-XDrI	L'histoire de la réussite de Jack Saddleback, un homme trans cri et bispirituel.
AUTRES SITES WEB		
Institut canadien de recherche sur la santé. Série « Question de méthodes » : <i>Qu'est-ce que la bispiritualité et qui est bispirituel(le) dans le domaine de la recherche en santé?</i> [Internet]. Canada: 2017 [cité le 16 avril 2021].	https://cihr-irsc.gc.ca/f/52214.html https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/igh_two_spirit-fr.pdf	Fournit des éléments et des informations lors de la réalisation des recherches sur la santé avec des personnes bispirituelles.

Annexe L : Liste des organisations offrant des interventions de groupe

Le **tableau 33** présente une liste d'exemples d'organisations offrant des interventions cliniques et de groupe au Canada. Il faut souligner qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de toutes les ressources disponibles.

Remarque : toutes les adresses URL étaient actives au 3 mai 2021.

Tableau 33 : Liste des organisations offrant des interventions de groupe

ÉTABLISSEMENT	SITE WEB	DESCRIPTION
RECOMMANDATION 4.0		
AIDS Committee of Toronto	www.actoronto.org/programs-services/groups	ACT offre des programmes de groupe pour les personnes vivant avec le VIH, celles qui s'inquiètent de leur risque de contracter le VIH, ainsi que des groupes en matière de santé mentale et de toxicomanie. Plusieurs groupes sont spécifiquement destinés aux hommes homosexuels.
Bereaved Families of Ontario (Toronto)	https://www.bfotoronto.ca/support/	Offre des groupes pour personnes endeuillées, basés sur des données cliniques dans un espace gay positif.
Services arc-en-ciel du Centre de toxicomanie et de santé mentale; c2018	https://www.camh.ca/fr/vos-soins/programmes-et-services/rainbow-services-lgbtq	Services de groupe pour les membres de la communauté LGBTQI2+, la toxicomanie et l'alcoolisme.
East Mississauga Community Centre	http://eastmississaugachc.org/	Organisation caritative communautaire qui facilite l'accès aux services de santé pour des groupes tels que les personnes âgées isolées, les personnes racialisées, les immigrants, les réfugiés et les personnes membres de la communauté LGBTTIQ2S+.
Ressources 2SLGBTQI+ Arc-en-ciel Services à la famille d'Ottawa	https://familyservicesottawa.org/fr/services/arc-en-ciel/	Programme communautaire qui fournit une gamme de services de formation, de conseil et de soutien.

ÉTABLISSEMENT	SITE WEB	DESCRIPTION
Hospice Waterloo Region	https://www.hospicewaterloo.ca/?s=Rainbow	Groupe de soutien aux familles endeuillées de la région de Waterloo offrant des services de soutien arc-en-ciel.
Kind (Ottawa)	https://kindspace.ca/	Thrive : programme de formation et d'autonomisation lié à la traumatologie.
Mood Disorders Association of Ontario	https://mooddisorders.ca/event/toronto-drop-in-group-lgbtq-peer-support-drop-in-group	Offre un groupe de soutien par les pairs LGBTQ pour les personnes souffrant de troubles de l'humeur. Services également accessibles virtuellement.
Qmunity	https://qmunity.ca/	Centre de ressources queer, trans et bispirituelles de la Colombie-Britannique.
Sherbourne Health	https://sherbourne.on.ca/chronic-conditions/ https://sherbourne.on.ca/get-involved/community-groups/	Sherbourne Health offre une gamme de groupes cliniques.
SPECTRUM : Waterloo Region's Rainbow Community Space	https://ourspectrum.com/resources/spectrum-groups/	Offre une variété de programmes de groupe, notamment de soutien et pour la santé sexuelle.
The 519	https://www.the519.org/	The 519 offre une gamme de services de soutien en groupe, notamment des services de conseil, de toxicomanie, de santé sexuelle, de soutien aux transgenres, etc., y compris : Programme de mentorat pour les jeunes trans.
La Fondation LifeLine Canada	https://thelifelinecanada.ca/fr/resources/lgbtq/	Site Web qui offre une variété de ressources de groupes de soutien LGBTQ en matière de santé mentale, y compris l'application LifeLine.
Wellspring	https://wellspring.ca/	Groupes de soutien aux gais et lesbiennes atteints de cancer.

ÉTABLISSEMENT	SITE WEB	DESCRIPTION
RECOMMANDATION 4.1		
PERSONNES ÂGÉES		
Sunshine centre for seniors	https://sunshinecentres.com/events/	Un programme social, récréatif et de promotion de la santé des personnes âgées, avec une atmosphère multiculturelle inclusive et conviviale pour les lesbiennes, les gays, les bisexuels et les personnes transgenres, avec un cercle et des activités de réseautage arc-en-ciel.
TG Innerselves	http://www.tginnerselves.com/	Services offerts aux personnes transgenres dans tout le nord-est de l'Ontario.
The 519	https://www.the519.org/programs/older-2slgbtq-program	Programme pour les personnes âgées des membres de laccommunauté LGBTQI2+.
JEUNES		
AFFIRM Youth	https://www.projectyouthaffirm.org/	AFFIRM est un groupe basé sur la thérapie cognitivo-comportementale des jeunes et des adultes LBGTQ+ qui acquièrent des compétences de gestion de stress et font des rencontres avec les autres jeunes et adultes LBGTQ+.
Gender Journeys	https://www.norwestchc.org/locations/thunder-bay/programs/gender-journeys https://cmhahkpr.ca/programs-services/gender-journeys/ https://sherbourne.on.ca/get-involved/community-groups/ https://ok2bme.ca/services/gender-journeys-group	<p>Plusieurs sites à travers l'Ontario, notamment hébergés par les organisations suivantes : NorWest Community Health Centre, Canadian Mental Health Association, Haliburton, Kawartha, Pine Ridge, Sherbourne Health, OK2beMe et autres.</p> <p>Comprend des programmes de groupe pour les jeunes et les adultes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ce groupe explore le genre et l'identité sexuelle et fournit des informations fiables et actualisées sur ces sujets.

ÉTABLISSEMENT	SITE WEB	DESCRIPTION
Griffin Centre	<p>Centre sans rendez-vous pour les jeunes de la communauté LGBTQ :</p> <p>http://www.griffin-centre.org/reachout.php</p> <p>Centre sans rendez-vous pour les jeunes transgenres :</p> <p>http://www.griffin-centre.org/reachout.php</p>	<p>Ce groupe est destiné aux jeunes bispirituels, trans, non-binaires, queers, bisexuels, pansexuels et ceux qui s'interrogent (de 12 à 21 ans).</p> <p>Ce groupe s'adresse aux jeunes bispirituels, trans, non-binaires, queers et non-conformes au genre (de 12 à 21 ans).</p>
LGBT Youthline	https://www.youthline.ca/	Soutien par les pairs LGBTTTQQ2SI confidentiel, sans jugement et informé, proposé par téléphone, texto et clavardage.
PFLAG Canada	<p>https://pflagcanada.ca</p> <p>Information sur le chapitre :</p> <p>https://pflagcanada.ca/ontario/</p>	<p>Réseau de soutien, de ressources et de formation des parents et des familles de membres de la communauté LGBTQ2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Chapitres accessibles dans de nombreuses régions et villes.
Sherbourne Health	<p>Supporting Our Youth (SOY) :</p> <p>https://soytoronto.com/</p>	<p>Programme du centre de santé de Sherbourne pour les jeunes de 29 ans et moins de la communauté LGBT2SQ.</p> <p>Supporting Our Youth est un programme de développement communautaire innovant de Sherbourne Health. Il s'agit d'un ensemble de services et de programmes de promotion de la santé axés sur le soutien des objectifs de santé et de bien-être établis par les jeunes et les jeunes adultes de la communauté LGBT2SQ, dont la majorité est sans abri, racialisée ou nouvellement arrivante au Canada.</p>
The 519: https://www.the519.org/	https://www.the519.org/programs/category/family-children-and-youth	<p>Une variété de services est offerte par le 519 pour les jeunes, incluant les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kids Action Artspace (de 8 à 12 ans); ■ un programme de mentorat pour les jeunes trans.

ÉTABLISSEMENT	SITE WEB	DESCRIPTION
MIGRANTS/NOUVEAUX ARRIVANTS		
Access Alliance	<p>Services et soutiens pour les nouveaux arrivants LGBTQ :</p> <p>https://accessalliance.ca/programs-services/lgbtq-programs/</p>	<p>Offre des programmes et des services pour les nouveaux arrivants de la communauté LGBTQ+.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ LGBTQ+ Newcomer Weekly Drop-In : une série d'ateliers de réinstallation hebdomadaires spécifiquement destinés aux nouveaux arrivants LGBTQ+. Ils couvrent de nombreux sujets, notamment les ressources LGBTQ+, la santé mentale, physique et sexuelle, la culture canadienne, le logement et l'emploi. ■ LGBTQ+ Newcomer Cooking Together : Chaque semaine, des pairs animateurs dirigent un groupe de bénévoles pour préparer un repas sain et délicieux qui est servi aux membres du centre de halte-accueil hebdomadaire des nouveaux arrivants LGBTQ+. Ce programme permet de développer des compétences, de bâtir une communauté et de s'amuser.
The 519 (519, rue Church, Toronto)	<p>Among Friends LGBTQ Refugee Support Group :</p> <p>https://www.the519.org/programs/category/new-to-canada</p>	<p>Soutien en groupe à l'établissement des réfugiés et des nouveaux arrivants, notamment ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ information et recommandations; ■ soumission de demandes à l'administration publique; ■ défense d'intérêts; ■ planification de la sécurité; ■ offre continue de conseils.
PERSONNES NOIRES ET PERSONNES DE COULEUR		
Alliance for South Asian AIDS Prevention	https://www.asaap.ca/programs	Programmes de prévention du VIH pour les hommes de communautés GBTQ d'origine sud-asiatique nouvellement arrivés et installés.

ÉTABLISSEMENT	SITE WEB	DESCRIPTION
<p>Asian Community AIDS Services When You're Ready Program</p>	<p>http://acas.org/programs/for-youth/</p>	<p>Programme de huit semaines où les jeunes asiatiques de la communauté LGBTQ+ peuvent explorer divers sujets liés à l'affirmation de leur identité sexuelle.</p>
<p>Black Coalition for AIDS Prevention (BlackCAP)</p>	<p>http://www.blackcap.ca/page.php?u=/programs-services/available-services</p>	<p>Met en oeuvre plusieurs groupes de soutien (ateliers) pour les personnes africaines, caribéennes et noires vivant avec le VIH/SIDA et les nouveaux arrivants et personnes installées de la communauté LGBTQ.</p>
<p>PERSONNES HANDICAPÉES</p>		
<p>Griffin Centre (Toronto)</p> <p>Compass Group</p>	<p>http://www.griffin-centre.org/reachout.php</p>	<p>Compass est un groupe de halte-accueil hebdomadaire qui noue des relations entre les personnes LGBTQ souffrant de déficiences intellectuelles à travers Toronto. Compass est un espace où les gens peuvent nouer et construire des amitiés en communauté.</p>
<p>sprOUT Toronto</p>		<p>sprOUT Toronto vise à mettre en relation les personnes de la communauté LGBTQ+ souffrant de déficiences intellectuelles par le biais d'événements tels que des danses, des barbecues, des soirées cinéma et d'autres événements sociaux.</p>

Annexe M : Exemple de formulaire inclusif




Mise en garde : le formulaire suivant constitue un exemple inclusif et devra être adapté par les organisations individuelles afin de répondre à leurs besoins.

La section « Régime d'assurance-santé de l'Ontario » du présent formulaire doit à tout le moins être mise à jour afin d'inclure 3 options : M, F et X.

En outre, la liste des orientations sexuelles devrait être en ordre alphabétique.

Figure 13 : Exemple de formulaire inclusif



Date de remplissage ____ / ____ / ____
Jour Mois Année

Numéro de dossier _____

FORMULAIRE D'ACCUEIL DU CLIENT POUR LES SERVICES DE SANTÉ

Le remplissage de ce questionnaire est facultatif. Si vous n'êtes pas à l'aise avec l'une des questions, vous n'avez pas besoin d'y répondre. L'information que vous fournissez nous aideront à améliorer la qualité des soins et à planifier le développement des services et des programmes. Nous voulons fournir des soins respectueux et de haute qualité à des clients aux origines et aux besoins divers.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____
Prénom Nom de famille Initiale

Nom préféré/surnom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe (selon l'Assurance-santé) : **F** **M**
Jour Mois Année

No d'assurance-santé : _____ Code de version : _____ Code de version : ____ / ____ / ____

Programme fédéral intérimaire _____ Date d'expiration : ____ / ____

AUCUNE CARTE D'ASSURANCE-SANTÉ

Vous êtes dans une période d'attente de 3 mois ? YES Année _____

Date à laquelle vous pensez recevoir votre carte _____ (mois/année)

Adresse : _____
Numéro d'immeuble Nom de la rue Numéro d'app. Ville : Code postal

PAS D'ADRESSE FIXE

No tél. de jour : () - _____ No tél. de soir : () - _____

Contact en cas d'urgence : _____ Téléphone : () - _____


Quelle ou quelles langues parlez-vous?

<input type="checkbox"/> Besoin d'un interprète	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Espagnol
<input type="checkbox"/> ASL	<input type="checkbox"/> Karen	<input type="checkbox"/> Tagalog
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Tamil
<input type="checkbox"/> Amharique	<input type="checkbox"/> Mandarin	<input type="checkbox"/> Tigrinya
<input type="checkbox"/> Bengali	<input type="checkbox"/> Népalais	<input type="checkbox"/> Turc
<input type="checkbox"/> Cantonais	<input type="checkbox"/> Polonais	<input type="checkbox"/> Ukrainien
<input type="checkbox"/> Tchèque	<input type="checkbox"/> Portugais	<input type="checkbox"/> Ourdou
<input type="checkbox"/> Dari	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Vietnamien
<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Serbe	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Slovaque	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)
<input type="checkbox"/> Hongrois	<input type="checkbox"/> Somali	

Quelles sont la ou les raisons pour lesquelles vous recherchez des soins aujourd'hui?

*Vos renseignements resteront privés et confidentiels.
 Merci de votre coopération.
 Nous vous les demandons par souci pour vous.*

Service des renseignements et des systèmes de santé,
 SHC Révisé le 26 novembre 2013, 11h



1



Date de remplissage ____/____/____
 Jour Mois Année

Numéro de dossier _____

Veillez énumérer les professionnelles et professionnels de la santé que vous consultez régulièrement (veuillez inclure les infirmières, les médecins, les physiothérapeutes, les chiropraticiennes et chiropraticiens, les naturopathes, les conseillères et conseillers, les travailleuses et travailleurs).

Si vous avez moins de 16 ans, veuillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de vos parents ou de votre tuteur.

Nom : _____ Téléphone : (____) _____ - _____

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pouvons-nous vous contacter à la maison? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Peut-on laisser un message privé si nécessaire? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pouvons-nous utiliser votre nom préféré dans la correspondance? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Genre :

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Femme | <input type="checkbox"/> Bispirituel | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Transgenre | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Intersexué | <input type="checkbox"/> De genre queer | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre groupe racial ou ethnique?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiatique oriental (par exemple, Chinois, Japonais, Coréen) | <input type="checkbox"/> Métis |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud (par exemple, Indien, Pakistanais, Sri Lankais) | <input type="checkbox"/> Moyen-Orient (par exemple, Égyptien, Iranien, Libanais) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (par exemple, Malaisien, Philippin, Vietnamien) | <input type="checkbox"/> Européen blanc (par exemple, Anglais, Italien, Portugais, Russe) |
| <input type="checkbox"/> Noir africain (par exemple, Ghanéen, Kenyan, Somalien) | <input type="checkbox"/> Nord-Américain blanc (par exemple, Canadien, Américain) |
| <input type="checkbox"/> Afro-Américain (par exemple, Canadien, Américain) | <input type="checkbox"/> Héritage mixte (veuillez préciser) (par exemple, Africain noir et Nord-Américain blanc) |
| <input type="checkbox"/> Afro-Caribéen (par exemple, Barbadien, Jamaïcain) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Indo-Caribéen (par exemple, Guyanais d'origine indienne) | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Aborigène ou Autochtone non inclus ailleurs | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Inuit | |
| <input type="checkbox"/> Amérique latine (par exemple, Chilien, Argentin, Salvadorien) | |

Dans quel pays êtes-vous né?

- Canada Autre _____ Préfère ne pas répondre Ne sait pas

Êtes-vous une nouvelle arrivante ou un nouvel arrivant? Oui Non Année d'arrivée au Canada : _____

Quel type de logement habitez-vous?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Propriété/location | <input type="checkbox"/> Rue | <input type="checkbox"/> Pas de logement stable |
| <input type="checkbox"/> Maison de chambres | <input type="checkbox"/> Logement supervisé | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Refuge/maison d'hébergement | <input type="checkbox"/> Chez la famille ou des amis | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |

Mode de vie :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personne seule | <input type="checkbox"/> Avec des amis | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Avec une ou un partenaire | <input type="checkbox"/> Logement supervisé | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Avec les enfants | <input type="checkbox"/> Avec des membres adultes de la famille | |



Date de remplissage ____/____/____
 Jour Mois Année

Numéro de dossier _____

HABITUDES DE VIE

Fumez-vous? Oui Jamais fumé A déjà fumé, ne fume plus Préfère ne pas répondre
 Si oui, depuis combien de temps? _____ Combien de cigarettes par jour? _____ Combien de paquets par jour? _____
 Si vous avez arrêté, quand l'avez-vous fait? _____

Buvez-vous de l'alcool? Oui Non Préfère ne pas répondre
 Si oui, combien de verres par semaine en moyenne? _____

Consommez-vous des drogues ? Oui Non Préfère ne pas répondre
 Si oui, veuillez cocher :
 Marijuana Héroïne Méthamphétamine en cristaux
 Cocaïne Ecstasy Autres _____
 À quelle fréquence les utilisez-vous ? _____

Faites-vous de l'exercice régulièrement ? Oui Non Préfère ne pas répondre
 Si oui, quel type d'exercice? _____
 Combien de fois par semaine faites-vous de l'exercice? _____

Décrivez votre régime alimentaire quotidien habituel. Préfère ne pas répondre

Comment vous sentez-vous par rapport à votre poids? Préfère ne pas répondre

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Y a-t-il des problèmes de santé dans votre famille biologique (mère, père, grands-parents, frères et sœurs, enfants)? Oui Non Préfère ne pas répondre Ne sait pas

Problème	Membre de la famille
_____	_____
_____	_____
_____	_____





Date de remplissage ____/____/____
 Jour Mois Année

Numéro de dossier _____

Antécédents médicaux

Avez-vous des allergies? Oui Non Préfère ne pas répondre Ne sait pas

Médicaments	
Alimentation	
Milieu de vie (par exemple, herbe, animaux domestiques, poussière, etc.)	

Prenez-vous régulièrement des médicaments? Oui Non Préfère ne pas répondre

Sur ordonnance (prescrit par le médecin)	
Sans ordonnance (y compris lotions, crèmes, gouttes pour les yeux, etc.)	
Non conventionnels /herbes	
Vitamines/compléments	

Pharmacie : _____ Téléphone : (____) - _____ Télécopieur : (____) - _____

Avez-vous actuellement des problèmes de santé? Oui Non Préfère ne pas répondre

Si oui, veuillez les énumérer et/ou les décrire :

Avez-vous des problèmes de santé mentale ? Oui Non Préfère ne pas répondre

Si oui, veuillez décrire :


Avez-vous l'un des handicaps suivants ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun handicap | <input type="checkbox"/> Handicap physique | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Troubles du développement | <input type="checkbox"/> Perte auditive | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'apprentissage | <input type="checkbox"/> Perte de vision | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Si vous avez coché l'une des cases ci-dessus, avez-vous des besoins en matière d'accessibilité? Oui Non

Veuillez préciser :





SHERBOURNE
Health Centre

Date de remplissage ____/____/____
Jour Mois Année

Numéro de dossier _____

Avez-vous eu des problèmes de santé dans le passé? Oui Non Préfère ne pas répondre

Si oui, veuillez les énumérer et/ou les décrire :

Veuillez énumérer toutes les hospitalisations antérieures : Préfère ne pas répondre

Motif de l'hospitalisation

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Veuillez énumérer toutes les opérations chirurgicales précédentes : Préfère ne pas répondre

Raison de l'opération

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Y a-t-il autre chose concernant vos antécédents médicaux que vous pensez que nous devrions savoir ? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer.

Y a-t-il autre chose concernant votre santé et vos antécédents que vous pensez que nous devrions savoir pour vous fournir de meilleurs soins?

Si oui, veuillez expliquer.

En général, comment décririez-vous votre propre santé :

Excellente Très bonne Bonne Correcte Mauvaise

6

Source : Reproduit de : Sherbourne Health. Formulaire d'accueil du client pour les services de santé. Document non publié. Toronto (Ontario) : SherbourneHealth; 2013. Reproduction autorisée.

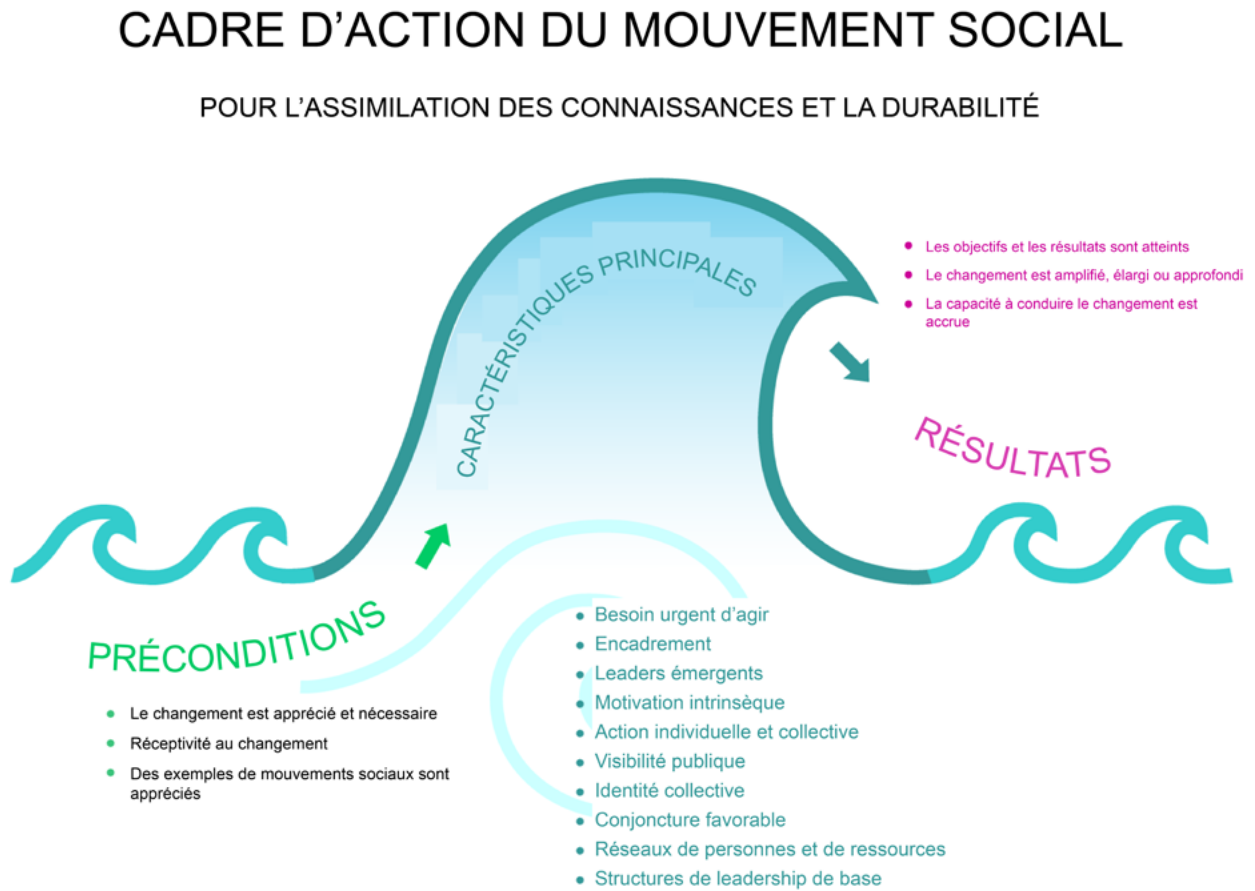
Annexe N : Description de la *Leading Change Toolkit*^{MC}

Les LDPE ne peuvent être mises en œuvre avec succès que si la planification, les ressources et les appuis organisationnels et administratifs sont adéquats et si des mesures de facilitation appropriées sont mises en place. L'engagement et la participation actives des dirigeants officiels et non officiels (par exemple, les agents de changement, les pairs champions) sont également essentiels. Pour entamer un processus de mise en œuvre réussie et de durabilité, un comité international d'experts composé de personnel infirmier, de chercheuses et chercheurs, de défenseurs des droits des patients/personnes, de militants du mouvement social et de personnel administratif a élaboré le *Leading Change Toolkit*^{MC} (2021) (19). La *boîte à outils* se base sur des données probantes accessibles, des points de vue théoriques et des consensus. Nous recommandons la *Leading Change Toolkit*^{MC} en matière d'orientation de la mise en œuvre des LDPE dans les organisations de soins de santé ou de services sociaux.

La *Leading Change Toolkit*^{MC} comprend deux cadres, soit le cadre conceptuel de l'action du mouvement social (SMA) (352) et le cadre conceptuel du passage des connaissances à la pratique (KTA) (367), pour les agents de changement et les équipes de changement qui dirigent la mise en œuvre et la durabilité des LDPE. Les deux cadres décrivent le concept de mise en œuvre et ses composantes interdépendantes. Ainsi, l'un ou l'autre de ces cadres, le SMA ou le KTA, peut être utilisé dans le cadre de l'orientation des initiatives de changement, y compris la mise en œuvre des LDPE. L'utilisation des deux cadres contribue à l'amélioration et à l'accélération du changement (314).

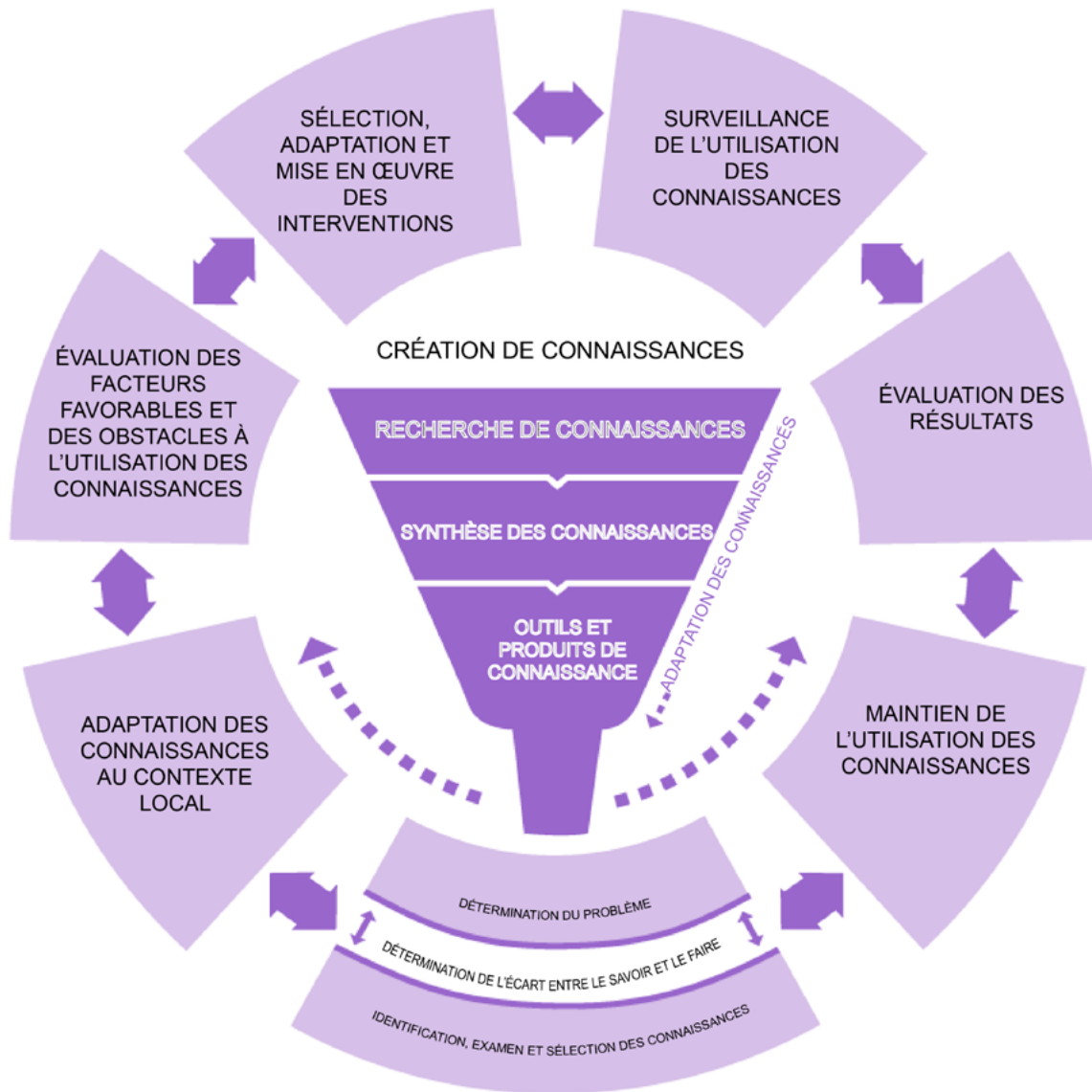
Le cadre SMA comprend des éléments de **mouvements sociaux dans le cadre du captage et de la durabilité des données probantes**^G qui ont fait montre d'un effet puissant et d'effet à long-terme. En se fondant sur les résultats d'une analyse conceptuelle, le cadre comprend 16 éléments classés en conditions préalables (c'est-à-dire ce qui doit être en place avant l'événement du mouvement social), en caractéristiques clés (c'est-à-dire ce qui doit être présent pour que le mouvement social se produise) et en résultats (c'est-à-dire ce qui peut se produire à la suite de l'événement du mouvement social) (314, 368). Les trois catégories et éléments du cadre SMA sont présentés dans la **figure 14**.

Figure 14 : Cadre d'action du mouvement social



Le cadre KTA est une approche cyclique planifiée du changement qui intègre deux composantes connexes : le cycle de création de connaissances et le cycle d'action. Le processus de création de connaissances est ce que les chercheurs et les personnes chargées de l'élaboration de lignes directrices utilisent pour identifier les résultats de données probantes convaincantes afin de créer un produit de connaissances, tel que les LDPE de l'AIIAO. Le cycle de mise en pratique comprend sept phases au cours desquelles les connaissances créées sont mises en œuvre, évaluées et maintenues (367). Plusieurs phases du cycle de mise en pratique peuvent se produire ou être prises en compte simultanément. Le cadre KTA est représenté à la **Figure 15** (369).

Figure 15 : Cadre du passage des connaissances à la pratique



La mise en œuvre et le maintien des LDPE afin d'obtenir des changements de pratique réussis et des résultats positifs en matière de santé des patients/personnes et de leurs familles, des corps professionnels, des organisations et des systèmes constitue un engagement complexe. La *Leading Change Toolkit*^{MC} est une ressource de mise en œuvre fondamentale pour diriger ce processus. Il peut être téléchargé au site Websuivant (en anglais) : <https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit>.

Appuis



23 mars 2021

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
4211, rue Yonge, bureau 500
Toronto (Ontario) M2P 2A9

Le Senior Pride Network (Toronto) est heureux d'approuver sans réserve la ligne directrice complète et innovatrice sur les pratiques cliniques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), intitulées Prestation de soins aux communautés 2SLGBTQI+. Nous sommes convaincus que la LDPE fournira au personnel infirmier et aux fournisseurs de soins de santé une ressource inestimable et des recommandations fondées sur des preuves concernant les pratiques de soins fondamentales et inclusives pour les personnes 2SLGBTQI+.

Nous félicitons l'AIIAO pour son leadership et son engagement manifeste à promouvoir l'équité en matière de santé pour les communautés 2SLGBTQI+ avec la production et la publication de la LDPE. Merci!

Tom Warner,
Président, Senior Pride Network (Toronto)

Le Senior Pride Network (Toronto) est une association de personnes et d'organisations qui s'engagent à promouvoir des services appropriés et un environnement positif et bienveillant pour les aînés et les personnes âgées qui s'identifient comme bispirituels, lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, transsexuels, queers et intersexes (2SLGBTQI+). Le Senior Pride Network a comme vision une série de communautés d'aînés et de personnes âgées 2SLGBTQI+ qui soient affirmatives, solidaires et saines.

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Le projet est financé par le gouvernement de l'Ontario.

ISBN 978-1-926944-83-8



 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario